



*Sofia Raquel da Silva Dias*

# **A INFLUÊNCIA DOS TRAÇOS DE PERSONALIDADE NO BURNOUT NOS ENFERMEIROS**

**TESE DE DOUTORAMENTO**

PSICOLOGIA

2012

Universidade do Porto  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**A INFLUÊNCIA DOS TRAÇOS DE PERSONALIDADE  
NO BURNOUT NOS ENFERMEIROS**

Sofia Raquel da Silva Dias

outubro 2012

Tese apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto para obtenção do grau de Doutor em Psicologia, elaborada sob a orientação da Professora Doutora Cristina Queirós (FPCEUP).

**Trabalho realizado com o apoio da Fundação para a  
Ciência e a Tecnologia, através da Bolsa de Investigação  
SFRH/BD/47937/2008, usufruída entre Fevereiro 2009 e  
Janeiro de 2013.**

## RESUMO

O Burnout assume actualmente uma importância crescente, atraindo a atenção da comunidade científica pelo impacto que causa nos trabalhadores de diferentes profissões e, em especial, nos enfermeiros, devido à severidade das suas consequências ao nível individual e organizacional, assumindo-se como uma problemática psicossocial relevante para a saúde do trabalhador.

Com esta investigação tentaremos contribuir para uma melhor compreensão das relações entre o burnout, o engagement, a satisfação com o trabalho e o hardiness numa amostra de 1150 enfermeiros do distrito do Porto, que desenvolvem a sua actividade em instituições hospitalares. Assim, tivemos como objectivos: a) conhecer a prevalência de burnout nos Enfermeiros; b) identificar os níveis de engagement, hardiness e satisfação com o trabalho; c) verificar se o burnout, engagement, hardiness e satisfação com o trabalho variam em função de variáveis sociodemográficas e laborais; d) conhecer a relação entre burnout e engagement; e) verificar se hardiness, engagement e satisfação com o trabalho são antecedentes preditores da síndrome de burnout nestes profissionais. Tentaremos verificar desta forma se os traços de personalidade como o hardiness influenciam o burnout, ou se este depende mais de variáveis laborais como o engagement e a satisfação com o trabalho.

Os resultados obtidos revelaram uma baixa prevalência da síndrome de burnout e valores moderados de engagement, satisfação com o trabalho e de hardiness. Encontramos também diferenças significativas do burnout, engagement e satisfação com o trabalho em função de variáveis sociodemográficas e laborais, nomeadamente género, idade, estado civil, experiência e categoria profissional. Verificamos ainda que o burnout e o engagement, enquanto conceitos distintos estão negativamente correlacionados, e que a satisfação com o trabalho é o preditor mais significativo do burnout, mais do que a influência dos traços de personalidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** *burnout*; enfermeiros, *engagement*, *hardiness*, satisfação com o trabalho.



## **ABSTRACT**

Burnout assumes actually an increasing importance, attracting the attention of the scientific community by the impact it causes on workers of different professions, particularly on nurses, due to the severity of the consequences to the individual and to the organizational level, being a relevant psycho-social problem related with the health of the worker.

With this research we will try to contribute to a better understanding of the relationships between burnout, engagement, job satisfaction and hardiness personality, within a sample of 1150 nurses from the District of Porto, Portugal, working at hospitals. We have the following aims: to) know the prevalence of burnout in nurses; b) identify levels of engagement, hardiness and job satisfaction; c) verify if burnout, engagement, hardiness and job satisfaction vary according to socio-demographic and job variables; d) know the relationship between burnout and engagement; e) verify if hardiness, engagement and job satisfaction are predictors of burnout syndrome in these professionals. We will try to verify if personality traits as hardiness affects burnout, or if burnout depends more of labor variables such as the engagement and job satisfaction.

Results revealed a lower prevalence of burnout syndrome and moderate values of engagement, job satisfaction and hardiness. We also find significant differences of burnout, engagement and job satisfaction according socio-demographic and labor variables, including gender, age, marital status, experience and professional category. Burnout and engagement, while distinct concepts are negatively correlated, and job satisfaction is the most significant predictor of burnout, even more important than the influence of personality traits.

**KEY WORDS:** burnout, engagement, hardiness, job satisfaction, nurses.



## RÉSUMÉ

L'épuisement professionnel a, actuellement, une importance croissante, attirant l'attention de la communauté scientifique, à cause de l'impact qu'il provoque sur les travailleurs de différentes professions, particulièrement les infirmières, due à la gravité des conséquences au niveau individuel et au niveau organisationnel. Ce problème est un phénomène psycho-sociale important dans ce qui concerne la santé du travailleur.

Cette recherche veut aider à une meilleure compréhension des relations entre burnout, engagement, satisfaction avec le travail et le trait de personnalité hardiness, dans un échantillon de 1150 infirmières travaillant dans des hôpitaux du District de Porto, Portugal, qui fonctionnent dans les hôpitaux. On a les objectifs suivants: a) connaître la prévalence de l'épuisement professionnel parmi les infirmiers; b) identifier les niveaux d'engagement, d'hardiness et de la satisfaction avec le travail; c) vérifier si l'épuisement professionnel, l'engagement, l'hardiness et la satisfaction avec le travail varient selon les variables sociodémographiques et de l'emploi; d) connaître la relation entre l'épuisement et l'engagement; e) vérifier si l'hardiness, l'engagement et la satisfaction au travail sont prédicteurs du syndrome de l'épuisement parmi ces professionnels. On veut essayer de vérifier si les traits de personnalité comme l'hardiness ont une influence sur l'épuisement professionnel, ou si celui dépend plus des variables organisationnelles comme l'engagement et la satisfaction avec le travail.

Les résultats ont révélé une faible prévalence de l'épuisement professionnel et niveaux modérés d'engagement, satisfaction avec le travail et hardiness. On a trouvé aussi des différences significatives d'épuisement professionnel, l'engagement et la satisfaction avec le travail selon les variables sociodémographiques et du travail, y compris le sexe, âge, état matrimonial, expérience et catégorie professionnelle. On a vérifié que l'épuisement professionnel et l'engagement, bien que concepts différents, sont négativement corrélés et que la satisfaction avec le travail est le plus important prédicteur de l'épuisement professionnel, plus que l'influence des traits de personnalité.

**MOTS-CLES:** engagement, épuisement professionnel, hardiness personnalité, infirmières, satisfaction avec le travail





## AGRADECIMENTOS

Esta tese de doutoramento não representa apenas o resultado de extensas horas de estudo, reflexão e trabalho durante as diversas etapas que a constituem. É igualmente o culminar de um objectivo académico que resulta de um longo percurso feito em companhia de pessoas muito significativas. Por isso, o trabalho final tem a contribuição de cada uma das pessoas que estiveram presentes, directa ou indirecta, ao longo deste tempo e em relação às quais eu deixo o meu sincero reconhecimento.

À **Professora Doutora Cristina Queirós**, agradeço o ter aceite este desafio, assim como todas as experiências de aprendizagem proporcionadas ao longo deste percurso, que em muito contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional. Estou muito grata pela forma generosa com que me acolheu, pela sua disponibilidade incondicional, pelo seu rigor e profissionalismo, pelas suas recomendações, ensinamentos e muito especialmente, por todo o apoio amigo que sempre me prestou em todos os momentos.

Ao **Doutor Pedro Teixeira**, agradeço a troca de ideias oportunas e os contributos enriquecedores no tratamento dos dados no mundo da estatística;

Ao **Professor Doutor Rui Resende**, agradeço a disponibilidade imediata, os incentivos, críticas e sugestões.

Um agradecimento muito especial a todos os **Enfermeiros** que aceitaram integrar e participar de forma construtiva nesta investigação. Sem eles, este trabalho não teria sido possível.

A todas as **instituições de saúde** envolvidas nesta investigação, em especial aos elementos responsáveis dos diferentes serviços, agradeço todo o empenho e facilidades concedidas, bem como a todos os outros profissionais envolvidos pela colaboração prestada.

Ao **Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho**, a minha instituição de sempre da prática de Enfermagem, por toda a compreensão, encorajamento e facilidades sempre concedidas para a concretização deste objectivo profissional e pessoal.

A toda a **Comunidade Académica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo**, agradeço o incentivo e a compreensão que foram demonstrando sempre que a realização deste trabalho limitou de alguma forma a minha disponibilidade docente.

Agradeço também à **Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto**, em especial, ao **Centro de Psicologia da Universidade do Porto** e ao **Laboratório de Reabilitação Psicossocial**, por todos os recursos facultados e pelas diferentes oportunidades e desafios que enriqueceram a realização deste trabalho, assim como a todos os seus elementos pelos momentos de partilha e de incentivo.

Agradeço a todos os meus **Amigos**, que de uma forma directa ou indirecta, me acompanharam durante este percurso, pelas palavras de incentivo, compreensão e carinho que demonstraram até à conclusão deste trabalho.

Reservo um **agradecimento muito especial à minha família**, em especial à minha mãe, por todo o amor incondicional, incentivo e apoio para a concretização dos meus projectos de vida. Obrigado por terem incutido em mim o amor ao estudo e à minha realização profissional, entre outros valores que regem a minha conduta na vida. Ao meu irmão Hugo, pelas longas “caminhadas” fortalecedoras e carinhosas. À minha prima Joana, também uma companheira fiel deste percurso desafiante, pela troca de palavras de confiança e de coragem que sempre me foi transmitindo. À Cristina, minha “mana” de sempre, pelo seu carinho, amizade e presença genuínas. *A todos os outros* que, de algum modo e em algum momento, se preocuparam e “estiveram” comigo, ainda que por vezes distantes, nos momentos de maior desalento.

*A todos, um obrigada sincero e muito especial.*

**“Sem sonhos, a vida não tem brilho;  
Sem metas, os sonhos não têm alicerces;  
Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais.  
Sonhe, trace metas, estabeleça prioridades  
e corra riscos para executar seus sonhos.  
Melhor é errar por tentar do que errar por omitir!”  
(Augusto Curry)**



**A todos os Enfermeiros que cuidam diariamente dos seus Utentes,  
com entusiasmo, vigor e energia,  
ultrapassando as adversidades do dia-a-dia...**

**Um bem – haja a todos!**



## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I - REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>9</b>
1. Síndrome de Burnout	11
1.1. Stress Ocupacional e Burnout: breve nota histórica	12
1.2. Burnout: conceito, dimensões e avaliação	17
1.3. Perspectivas teóricas do burnout	25
1.4. Causas do burnout	26
1.5. Manifestações e consequências do burnout	37
2. Burnout e engagement	41
3. Burnout e Satisfação com trabalho	46
4. Burnout e variáveis de personalidade	50
<b>CAPÍTULO II - METODOLOGIA</b>	<b>55</b>
1. Objectivos e hipóteses	57
2. Instrumentos	58
3. Procedimento de recolha dos dados	64
4. Caracterização da amostra	68
<b>CAPÍTULO III - ESTUDO 1: BURNOUT, ENGAGEMENT, SATISFAÇÃO COM O TRABALHO E HARDINESS EM ENFERMEIROS</b>	<b>73</b>
1. Enquadramento teórico	75
2. Objectivos e hipóteses	85
3. Apresentação dos resultados	85
4. Discussão	100
<b>CAPÍTULO IV - ESTUDO 2: A RELAÇÃO ENTRE BURNOUT E ENGAGEMENT NOS ENFERMEIROS</b>	<b>105</b>
1. Enquadramento teórico	107
2. Objectivos e hipóteses	110
3. Apresentação dos resultados	111
4. Discussão	116
<b>CAPÍTULO V - ESTUDO 3: O PAPEL DA SATISFAÇÃO COM O TRABALHO NO BURNOUT DOS ENFERMEIROS</b>	<b>119</b>
1. Enquadramento teórico	121
2. Objectivos e hipóteses	130
3. Apresentação dos resultados	131
4. Discussão	136
<b>CAPÍTULO VI - ESTUDO 4: A INFLUÊNCIA DO HARDINESS E DA SATISFAÇÃO COM O TRABALHO NO BURNOUT DOS ENFERMEIROS</b>	<b>141</b>
1. Enquadramento teórico	143
2. Objectivos e hipóteses	151
3. Apresentação dos resultados	153
4. Discussão	158
<b>CONCLUSÕES</b>	<b>161</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>171</b>





## **INTRODUÇÃO**



Ainda nos dias de hoje, a temática do burnout<sup>1</sup> continua a despertar o interesse na comunidade científica. Novas linhas de investigação vão sendo definidas, novas hipóteses vão sendo levantadas, mas todas se cruzam no propósito de aumentar a compreensão desta problemática devido às consequências na saúde física e psíquica dos trabalhadores de diferentes profissões e, em particular, nos da área da saúde.

Os princípios inerentes às profissões da área da saúde remetem-nas para uma profissão humanista, salientando a importância que os relacionamentos interpessoais assumem. No desempenho da sua actividade, os profissionais de saúde, e em especial os Enfermeiros, para além de possuírem as devidas competências técnicas e científicas necessárias, deverão possuir igualmente habilidades e competências pessoais e sociais, que lhes permitam estabelecer relações interpessoais eficazes quer com os utentes e familiares, quer com a restante equipa multidisciplinar na qual se inserem. Nesse sentido, este grupo profissional tem sido alvo de vários estudos, quer no âmbito nacional e internacional, cuja tónica é colocada essencialmente nas exigências emocionais do seu trabalho e nos recursos disponibilizados, que cada vez mais são limitados para desempenhá-lo, considerando o actual difícil contexto económico e social.

Apesar de reconhecermos não ser de todo fácil reduzir as exigências laborais destes profissionais, particularmente ao nível das organizações hospitalares e com especial ênfase, para a profissão de enfermeiro, a literatura mais recente sugere que algumas características do seu trabalho parecem fomentar também o bem-estar e a satisfação destes trabalhadores, mesmo quando expostos a factores de stress,<sup>1</sup> no contexto do ambiente de trabalho (como por exemplo, situações de excesso de trabalho, cansaço emocional, sofrimento dos Utentes), surgindo o conceito de engagement<sup>1</sup>, associado à psicologia positiva.

Com efeito, a Enfermagem tem sido considerada na literatura como uma profissão sujeita a níveis elevados de stress, sendo identificada como a quarta profissão mais stressante do sector público. O ambiente e as condições de trabalho, o horário, a sobrecarga física e emocional, o cansaço emocional, a falta de realização pessoal, as

---

<sup>1</sup>Estes termos serão utilizados neste trabalho na sua língua original, em inglês, devido à não existência, em português, de uma tradução satisfatória, e da sua utilização já consolidada na literatura nacional e internacional.

exigências dos utentes, cada vez mais reivindicativos e conhecedores dos seus direitos, o sentimento de incapacidade, a crescente instabilidade do vínculo laboral, o pouco reconhecimento da profissão, a baixa remuneração, e o contacto permanente com o sofrimento e a morte, são alguns dos exemplos de factores de stress a que estes profissionais estão sujeitos. Nesse sentido, podem estar reunidas as condições necessárias que contribuam favoravelmente para o desenvolvimento de sintomas de stress, e ao aparecimento de sentimentos de insatisfação com o trabalho, conduzindo á rotatividade e ao absentismo. Estes sintomas e sentimentos, se prolongados no tempo, podem originar uma situação mais grave, culminando em burnout, com consequências graves e negativas na saúde física e mental dos trabalhadores, em que este “adoece pelo trabalho”.

Sendo o trabalho parte integrante da vida da maioria dos indivíduos, que se assume muitas vezes como uma prioridade em relação a outros papéis e actividades (ser mãe ou esposa, por exemplo), urge retirar dele o máximo de satisfação e de bem-estar, para que o trabalhador se sinta mais motivado e possa ser mais eficiente no desempenho da sua actividade e tarefas. Nesta linha de pensamento, as investigações realizadas com estes profissionais e neste contexto tão específico, sugerem que a satisfação com o trabalho seja encarada como uma variável associada à Síndrome de burnout nos Profissionais de Saúde. O reconhecimento profissional, a remuneração, o contacto directo com os utentes, o conteúdo funcional, a carga horária representam alguns factores de motivação e de satisfação no trabalho dos enfermeiros. Esta síndrome, que se assume como um fenómeno de estudo por parte dos investigadores há mais de 35 anos, é assim nos dias de hoje perspectivada como um importante e relevante problema psicossocial. Dessa forma, conseguiu suscitar um crescente interesse pelo tema em diversos campos de investigação com um consequente aumento de produção de conhecimento na área, à escala mundial. No momento actual do conhecimento, o seu conceito, relevância e impacto negativo na saúde do trabalhador já não são desconhecidos ou indiferentes. No entanto, o grande desafio permanece: qualificar e integrar métodos, resultados e estudos articulados com as organizações, tentando-se obter uma base mais sólida para influenciar políticas públicas e institucionais, com a tónica na prevenção e/ou erradicação deste risco psicossocial. As evidências facultadas pelos estudos realizados têm vindo a despertar as consciências “mais adormecidas” das

entidades governamentais, empresariais e sindicais do mundo ocidental, devido à severidade das suas consequências ao nível individual e organizacional. Até aos anos 80, principalmente nos Estados Unidos e de uma forma gradual e progressiva, foi-se verificando o interesse por esta problemática e mais tarde, em outros países de língua inglesa, tal como o Canadá e com maior destaque na Europa, para a Inglaterra, Holanda, Espanha. Em Portugal, e em especial na última década, esta síndrome e os riscos associados estão a ser encarados como tal, mas com uma necessidade de reforço constante em se consciencializar dos resultados encontrados, devido ao sofrimento e adoecimento dos profissionais e nas perdas financeiras para as instituições. Desta forma, é de todo o interesse das organizações promoverem cada vez mais o bem-estar dos seus colaboradores e a sua consequente retenção na organização, tomando conhecimento e uma participação proactiva com a comunidade científica.

O desenvolvimento da actividade profissional, com todas as suas contrariedades e constrangimentos, revela-se desde logo, um factor que contribui para a construção e desenvolvimento da personalidade, quer pelas experiências que proporciona, quer pelas tarefas, quer pelo ambiente social. Mais especificamente, estes profissionais de saúde, no seu trabalho, confrontam-se com uma diversidade de tarefas que têm de desempenhar e que se constituem como desafios de várias ordens, fornecendo-lhe informações sobre as suas capacidades, competências e potenciais, revelando características de personalidade. Assim, o trabalho tanto pode proporcionar bem-estar, equilíbrio, realização pessoal e saúde, mas também mal-estar, desequilíbrio, stress, frustração e doença, assumindo-se como uma das dimensões fundamentais da existência humana. Ao investigar traços de personalidade que expliquem formas de resistir ao stress surgiu o conceito de *hardiness*<sup>1</sup> como traço associado negativamente com o stress. Este constructo defende que os indivíduos, ao longo de sua vida, das suas acções, de uma forma contínua, vão construindo a sua personalidade, com inevitáveis mudanças associadas a situações stressantes, não sendo encarado como um traço inerente e estático, mas antes como o resultado da relação entre indivíduo-meio. O *hardiness* assume-se como um conceito de personalidade que parece proteger em face de estímulos que causam stress, verificando que, apesar destas contrariedades, muitos enfermeiros continuam a exercer a profissão, sobrevivendo às adversidades, e ainda crescendo do ponto vista emocional e psicológico.

A possibilidade de vivenciar o contacto directo nestas instituições, com estes profissionais, muitas vezes em condições desfavoráveis sob as quais desempenhavam o seu trabalho, foi possibilitado pela formação e experiência pessoal enquanto enfermeira e psicóloga, que desde logo foi o catalisador para a motivação e o interesse por esta temática. Era, assim, urgente a focalização da investigação especificamente nestes profissionais de saúde e compreender melhor as razões do seu desempenho profissional, em que o risco de adoecerem pelo trabalho estaria eminente e subvalorizado. Daí que o interesse por esta problemática não representou uma mera curiosidade ou acaso, mas sim a resposta a uma necessidade sentida em explorar as concepções que existiriam na base da relação entre os traços de personalidade e a síndrome de burnout, residindo a crença de que as evidências encontradas poderiam constituir linhas orientadoras de programas de intervenção futuras consideradas pelas organizações para estes profissionais.

Tendo por base as perspectivas teóricas e os resultados encontrados na pesquisa bibliográfica efectuada, o trabalho aqui apresentado orientou-se para a contribuição da compreensão do fenómeno de burnout que tem tendência a afectar cada vez mais profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, e que pode ter como consequência a diminuição da qualidade e eficácia dos serviços prestados. Teve-se como principal propósito compreender e aprofundar o estudo da influência dos traços de personalidade no burnout dos enfermeiros, explorando a relação entre os conceitos de hardiness, do burnout e engagement, não descurando outros factores relacionados como a satisfação com o trabalho, que consideramos não terem sido ainda devidamente estudados nesta amostra de profissionais com características tão particulares.

Assim, colocamos como objectivos: a) conhecer a prevalência de burnout nos Enfermeiros; b) identificar os níveis de engagement, hardiness e satisfação com o trabalho; c) verificar se o burnout, engagement, hardiness e satisfação com o trabalho variam em função de variáveis sociodemográficas e laborais; d) conhecer a relação entre burnout e engagement; e) verificar se o hardiness, engagement e satisfação com o trabalho são antecedentes preditores da síndrome de burnout nestes profissionais. Tentaremos verificar desta forma se os traços de personalidade como o hardiness influenciam o burnout, ou se este depende mais de variáveis laborais como o engagement e a satisfação com o trabalho. Os resultados serão cruciais para a implementação de

estratégias de intervenção/prevenção do burnout que considerem mais as características individuais protectoras ou então possibilitem aos enfermeiros enfrentar melhor o burnout em função de variáveis laborais, sabendo-se que as características individuais são mais fáceis de gerir do que propôr modificações ao nível das organizações.

De forma a dar cumprimento aos objectivos propostos, o trabalho é constituído por seis capítulos, onde no primeiro apresentamos a fundamentação teórica através da revisão da literatura no que respeita ao conceito de burnout, assim como a sua relação com o engagement, satisfação com o trabalho e variáveis de personalidade. Em seguida, no capítulo dois é apresentada a metodologia, que inclui os objectivos e hipóteses, a descrição do instrumento, dos procedimentos de recolha e análise de dados e a caracterização amostra. Nos capítulos seguintes apresentam-se os quatro estudos empíricos realizados, organizados numa lógica de complexidade crescente, respeitando uma estrutura semelhante que parte de um enquadramento teórico das variáveis específicas de cada estudo, para terminar com a discussão dos resultados obtidos. Terminamos o trabalho com as conclusões extraídas, abordando as limitações da presente investigação e sugestões para estudos futuros nesta área, bem como apresentando as referências bibliográficas utilizadas.





**CAPÍTULO I**  
**REVISÃO DA LITERATURA**



Para melhor atingirmos os objectivos propostos, o presente capítulo irá apresentar a revisão teórica sobre a síndrome de burnout e variáveis associadas, aludindo a resultados e conclusões de outras pesquisas efectuadas neste domínio. Consideramos pertinente efectuar um enquadramento teórico global, para em cada estudo empírico apresentar uma fundamentação teórica mais direccionada para o tema desse estudo. Inicialmente será apresentada uma breve nota histórica sobre o stress ocupacional e o aparecimento do conceito de burnout na comunidade científica, para posteriormente abordarmos a sua avaliação e dimensionalidade, as perspectivas teóricas subjacentes mais relevantes, as causas, a sintomatologia e as consequências associadas. Exploraremos também a relação entre o burnout e o engagement, a satisfação com o trabalho e variáveis de personalidade, aspectos que irão contribuir para a compreensão dos resultados obtidos nos estudos empíricos efectuados.

## **1. Síndrome de Burnout**

As adversidades no e do trabalho existem cada vez mais, pois o mundo contemporâneo inaugurou uma nova concepção da relação do homem com o trabalho. Com o desenvolvimento globalizado, assiste-se cada vez mais a uma maior especialização, com o recurso progressivo às tecnologias, podendo conduzir a uma possível desumanização nos contactos humanos e afectivos dentro dos ambientes produtivos. Por outro lado, a actividade profissional parece descrever o estatuto social do indivíduo, permitindo-lhe aceder a determinadas actividades de lazer e cultura, contribuindo para a sua identidade, reforçando a sua auto-estima e o sentido de auto-eficácia. No entanto, e apesar do trabalho poder ser considerado uma fonte de prazer e gratificação, com carácter enriquecedor, pode-se também revelar uma fonte de stress, provocando o desgaste do profissional (Vaz Serra, 1999). Encontram-se profissionais, nomeadamente, os Profissionais de Saúde, que fazem do contacto directo, contínuo e permanente a sua condição de trabalho, aliada às extensas horas, jornadas contínuas, envolvimento emocional nas problemáticas dos seus utentes, tendo uma excessiva carga de trabalho, muitas vezes em ambientes favoráveis para a geração de conflitos e de stress laboral crónico, culmina na síndrome de burnout. Abordaremos agora, de forma mais promenorizada, a síndrome de burnout, dado ser o conceito central deste trabalho.

### 1.1. Stress Ocupacional e Burnout: breve nota histórica

A síndrome de burnout aparece descrita na literatura como estando intimamente associada ao stress. No entanto e apesar de existirem diversas variações nas respostas dos indivíduos à sua actividade profissional, os conceitos de stress e de burnout não são sinónimos. Desse modo, parece-nos importante, num primeiro momento, compreender e clarificar esta diferença.

No contexto profissional, o stress e o burnout parecem derivar das mesmas causas, tendo como origem as tensões entre as exigências do meio e as capacidades do indivíduo em lhes responder eficientemente. Este termo foi utilizado inicialmente em engenharia e posteriormente utilizado nas investigações sobre o stress biológico por Hans Selye (1952, p.64), a partir de 1930, um médico endocrinologista, que o definiu como *“um estado manifestado por uma síndrome específica, constituída por todas as alterações não específicas produzidas num sistema biológico”*. Para este autor, o stress pode ser desencadeado em três momentos distintos: (a) fase de alerta, em que se assiste a um nervosismo por parte do indivíduo, no qual o organismo se sente ameaçado por algum agente nocivo (aqui o stress pode ser considerado como algo de positivo, na medida em que o impulsiona para uma resposta que melhore a situação, aumentando a produtividade, alcançando a hemóstase – *eustress*); (b) a fase de resistência, em que a pessoa se vai habituando com a presença do agente causador de stress, tendo necessidade de se adaptar a essa nova situação e por fim (c) a fase de exaustão, em que o organismo perde a capacidade de se adaptar, ficando o indivíduo com sequelas graves-*distress* (Selye, 1952). De acordo com este modelo, a síndrome de burnout pode-se iniciar em qualquer uma destas fases, com uma maior ênfase na última (terceira fase), em que o indivíduo já permaneceu exposto a uma situação stressante durante um período mais ou menos longo, atingindo a exaustão. Desse modo, o indivíduo consegue adaptar-se relativamente bem às situações de stress agudo; no entanto, quando este se torna repetitivo ou crónico, os seus efeitos nocivos multiplicam-se, assistindo-se a um desgaste continuado no organismo (Le Fevre, Matheny & Kolt, 2003).

Para Schaufeli e Buunk (2003), o stress ocupacional refere-se a um processo de adaptação temporária que é acompanhado por sintomatologia mental e física, em que o burnout corresponde à última fase de um estado de stress ocupacional prolongado, envolvendo também, segundo Truchot (2004), aspectos sociais e auto-avaliativos.

Apesar de cada indivíduo expressar o stress de uma forma individual, podemos encontrar, segundo Maslach e Leiter (1997), algumas características comuns básicas: a erosão do compromisso com o trabalho, em que este se torna insatisfatório, desagradável e sem sentido; a erosão das emoções, apresentando sentimentos de raiva, ansiedade e depressão e um desajuste entre a pessoa e o trabalho, em que apesar de ser vivenciada pelo próprio como uma crise pessoal, é o local de trabalho que se encontra com dificuldades, fértil em fontes de stress e adversidades.

As definições mais recentes do stress chamam a atenção para o facto de este resultar de um processo de interacção ou transacção, surgindo mais como uma consequência da relação entre os estímulos ambientais e as respostas individuais. Nesta perspectiva, assumem particular relevância os processos de confronto individuais, ou seja, o modo como os indivíduos lidam com o stress e não tanto a frequência e intensidade dos próprios episódios de stress. Assim, é enfatizada a importância dos processos psicológicos, nomeadamente dos esquemas de avaliação cognitiva por parte do sujeito, salientando-se a importância das diferenças individuais (Lauzarus, 1991). Por isso, a avaliação que o indivíduo faz da situação e dos seus recursos será a tónica na causa determinante da intensidade do agente de stress na relação pessoa-meio-ambiente.

Por outro lado, interessa também contextualizar outros factores de stress, tais como a actividade profissional, que desempenha um papel de extrema importância, uma vez que o stress ocupacional pode culminar em burnout, apesar de ambas as situações serem passíveis de gerar sintomas físicos semelhantes. O stress, enquanto reacção normal do organismo coloca como já foi referido, o indivíduo num estado de alerta, originando respostas físicas perante um estímulo “stressor” que foi percebido pelo próprio como perigoso. Se a actividade laboral for percebido pelo indivíduo como estímulo “stressante” (perigoso), e despoletar stress, então referimo-nos ao stress ocupacional. Assim, o stress ocupacional surge mediante uma exposição a factores do trabalho percebidos pelo indivíduo como desagradáveis, conduzindo-o a um desgaste físico e emocional em que, em situações de exposição prolongada e os mecanismos de adaptação são insuficientes e/ou ineficazes, conduzem à síndrome de burnout, sempre com um efeito negativo sobre a saúde do trabalhador (Harrison, 1999; Lautert, 1995; Mendes, 2005). Segundo Gil-Monte e Peiró (1997) e Moreno-Jimenez, Garrosa e Gonzalez (2000), o burnout apresenta sempre um carácter negativo, comporta uma

dimensão social, inter-relacional, através da despersonalização que não ocorre necessariamente no stress ocupacional. Por isso, é considerado como um termo geral que se refere a um processo de adaptação temporária, acompanhado por sintomas físicos e mentais, que ocorre quando as exigências do trabalho excedem os recursos adaptativos do indivíduo. A distinção major entre o burnout e o stress é a de que um indivíduo em burnout pode desenvolver atitudes e comportamentos negativos face aos clientes, colegas, ao trabalho em si e à organização em que está inserido. O stress ocupacional não está necessariamente acompanhado por essas atitudes e comportamentos (Maslach & Schaufeli, 1993). Assim, apesar destes conceitos partilharem duas características essenciais - o esgotamento emocional e a escassa realização pessoal- diferem no factor de despersonalização, considerado como um quadro mental extremo do stress ocupacional.

Parece, assim, claro que diferentes modelos de burnout demonstram uma assunção básica de que a discrepância entre as intenções de um profissional motivado e a realidade num trabalho com condições desfavoráveis pode conduzir ao desenvolvimento de burnout devido a formas de coping/adaptação disfuncionais ou inadequadas. O burnout pode então ser conceptualizado como uma crise na relação do próprio com o trabalho, podendo mesmo suscitar e desencadear algumas dificuldades em distinguir burnout e stress ocupacional. Nesse sentido, poderíamos dizer que o stress ocupacional resulta de tensões e problemas advindos do exercício de uma actividade profissional, enquanto o burnout é o extremo deste processo de stress ocupacional, ou seja, o desgastar-se e o ficar exausto por motivos relacionados com o trabalho.

O conceito de burnout é frequentemente utilizado para descrever um fenómeno que tem vindo a ter um impacto muito significativo na sociedade moderna, estando essencialmente associado com as dificuldades que podem surgir da relação das pessoas com o seu trabalho (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Sendo um termo da cultura anglo-saxónica, designa um estado de fadiga física e psicológica que, apesar de em português poder ser traduzido como “esgotamento”, “desgaste” ou “exaustão emocional” (Azevedo, 2011), continua a ser utilizado na designação inglesa, com a excepção ao nível popular.

O termo burnout foi utilizado inicialmente por Brandley, em 1969, como sendo um fenómeno que ocorre nas profissões de ajuda ao ser utilizado enquanto metáfora

para significar aquilo ou aquele que chegou ao seu limite por falta de energia, sem as necessárias condições de desempenho físico ou mental, sugerindo que um indivíduo, ao vivencia-lo, acaba por se sentir física e emocionalmente consumido, com um comportamento agressivo e irritadiço associado (Schaufeli & Buunk, 2003). Contudo, do ponto de vista científico, foi na década de 70, que ficou mais conhecido no sentido em que é usado actualmente, com o psiquiatra Herbert Freudenberger, ao ser utilizado pela primeira vez, sem dar o enfoque de gíria local, com a intenção de alertar a comunidade científica para os problemas que os profissionais de saúde estão expostos na sua actividade profissional, num artigo publicado na década de 70 (Freudenberger, 1974, 1975).

Este psiquiatra observou que com alguns meses de trabalho, alguns dos voluntários com quem trabalhava na área da toxicodependência apresentavam já um conjunto de sintomas semelhantes, nomeadamente uma perda de energia progressiva até chegar a um estado de esgotamento, com sintomas de ansiedade e depressão, não atingindo os seus objectivos iniciais. Tornavam-se menos sensíveis, menos compreensivos, mais agressivos com os utentes, tratando-os de forma distanciada e impessoal. Ainda nesta perspectiva, Freudenberger introduziu o conceito de burnout em contexto clínico como um estado de fadiga ou de frustração que ocorre quando um indivíduo se devota a uma causa, a um estilo de vida ou a um relacionamento e sente que falhou em obter a recompensa esperada (Pines, 2003). Mais especificamente, na óptica de Freudenberger (1975), o burnout pode ser entendido como um conjunto de sintomas a nível biológico, físico e psicológico inespecíficos, resultantes de uma experiência profissional excessiva permanente e continuada, sobretudo nas actividades cujo objecto são as pessoas, em que os Profissionais de Saúde são um exemplo. No entanto e na mesma altura, outra perspectiva emergia com Christina Maslach (1976), professora de psicologia social na Califórnia, ao revelar um interesse crescente de investigação na forma de como as pessoas dos serviços humanos lidavam com as suas emoções no trabalho, tendo verificado que o burnout era coloquialmente utilizado pelos advogados aquando se referiam ao processo gradual de exaustão, cinismo e falta de envolvimento sentidos pelos seus colegas (Schaufeli & Buunck, 2003). Encontra-se assim e de forma consensual na literatura, que o carácter científico da síndrome do burnout ficou a dever-se a Freudenberger (1974) e Maslach (1976), através da sua



divulgação sob a forma de artigos científicos, que tinham por base as experiências de profissionais dos serviços humanos e de saúde, que apresentam como objectivo comum fornecer ajuda e cuidados a pessoas com necessidades de saúde, estando mais sujeitas a factores de stress (stressores) emocionais e interpessoais (Maslach et al., 2001). Este conceito foi posteriormente difundido através dos trabalhos de Maslach, que o caracteriza como um problema cada vez mais frequente entre os trabalhadores dos serviços humanos, os quais, após meses ou anos de dedicação laboral, acabavam em situação de burnout, levando a uma deterioração da qualidade dos cuidados prestados (Maslach & Jackson, 1981a).

O interesse pela temática do Burnout foi crescendo progressivamente a partir do final da década de 70 devido a três grandes factores. O primeiro está relacionado com as modificações introduzidas no conceito de saúde, cuja tónica reside na melhoria da qualidade de vida recomendada pela Organização Mundial de Saúde. O segundo prende-se com o aumento das exigências da população em relação aos serviços sociais, educativos e de saúde e por fim, o terceiro, com a tomada de consciência por parte dos investigadores, dos órgãos públicos e dos serviços clínicos, sobre a necessidade de aprofundar os estudos e prevenir a sua sintomatologia nesta área (Carlotto & Câmara, 2008b).

Christina Maslach desenvolveu, em 1981, juntamente com Susan Jackson, um instrumento para avaliar os sentimentos pessoais e atitudes dos profissionais de ajuda no desempenho das suas funções, tendo impulsionado grandemente a investigação nesta área, que inicialmente era essencialmente descritiva e qualitativa (entrevistas, estudos de caso e observações *in loco*) para um domínio mais sistemático, de natureza quantitativa (questionários, inquéritos, com amostras mais alargadas). Carlotto e Gobbi (1999) referem inclusive que na década de 80, o burnout já apresentava resultados alarmantes e que os grupos, considerados sem risco para a doença até então, devido ao sentido de vocação e aos altos níveis de satisfação pessoal e social, começaram a apresentar os sintomas característicos desta síndrome. Após a década de 80, a investigação sobre o burnout foi reconhecida no domínio internacional, já com o constructo operacionalizado e com o instrumento de medida de avaliação próprio validado e adaptado a diferentes culturas (Maslach & Schaufeli, 1993).

Podemos então considerar que a introdução sugerida por Freudenberger (1974) e de Maslach (1976) marcou, de forma decisiva, o início de duas abordagens diferentes do mesmo conceito, uma na vertente mais clínica e outra na vertente mais empírica. De acordo com a literatura consultada, o trabalho desenvolvido por Maslach e Jackson (1981a) surge como o que apresentou uma influência mais importante para a difusão e carácter científico na área da Síndrome de Burnout. Nessa perspectiva, foram construídos modelos teóricos capazes de registar e compreender os fenómenos envolvidos nesta síndrome associada essencialmente a trabalhadores sociais, profissionais de saúde, professores e advogados (Achkar, 2006).

Em suma, na história do burnout podemos identificar três grandes e principais conclusões: este conceito emergiu primeiramente como um problema social e não como um constructo académico; encontra-se fortemente associado às profissões de trabalho com pessoas e, por último, as duas perspectivas iniciais do burnout coexistiram e desenvolveram-se de uma forma relativamente independentemente: a perspectiva clínica de Freudenberger e a perspectiva de investigação social iniciada por Maslach. Nesse sentido, o primeiro autor centrou-se mais nos factores pessoais, preocupando-se com a avaliação, prevenção e tratamento, enquanto Cristina Maslach se focalizou no ambiente profissional, dedicando-se à investigação e à solidificação de modelos teóricos que serviam de base de interpretação, análise e discussão para a realidade encontrada no contexto laboral (Schaufeli & Buunk, 2003).

## **1.2. Burnout: conceito, dimensões e avaliação**

A grande maioria da investigação realizada sobre burnout tem tido como tónica principal encontrar formas para combater os efeitos negativos desta síndrome e não tanto em compreender o fenómeno sob o ponto de vista teórico, focalizando-se mais nos aspectos organizacionais do que nos aspectos individuais. Nesse sentido, foram surgindo na literatura diferentes definições de burnout sendo aquela mais citada e consensual pela comunidade científica a proposta por Maslach e Jackson (1981a, p. 288), em que o burnout é entendido como a *“reação à tensão emocional crónica gerada a partir do contacto directo e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas. Cuidar exige uma*

*tensão emocional constante, atenção perene; grandes responsabilidades espreitam o profissional a cada gesto no trabalho. O trabalhador envolve-se afectivamente com os seus clientes, se desgasta e, num extremo, não aguenta mais, entra em burnout*". De acordo com esta perspectiva, estas autoras consideram o burnout como uma resposta inadequada a um stress emocional crónico, tendo como principais sintomas o esgotamento físico e/ou psicológico, uma atitude fria e despersonalizada na relação com os outros e um sentimento de incapacidade face às tarefas que tem que realizar. De salguardar que na literatura fomos encontrando outras definições propostas por outros autores, que apesar de menos divulgadas, também adicionam subsídios importantes sobre o conceito que estamos a estudar. Por isso, de seguida, apresentamos algumas das definições mais relevantes e estruturantes. Por exemplo, Freudenberger (1974, p.162), considerado o "pai" deste conceito, definiu-o como *"um estado de fadiga ou de frustração que resulta da dedicação a uma causa, a uma forma de vida, ou a uma relação que não produz a recompensa esperada"*. Pines e Aronson (1989) consideram que o burnout resulta de stress ocupacional crónico. Posteriormente, Cherniss (1980) apresentou uma definição de burnout que remete para um processo no qual um profissional anteriormente investido no seu trabalho se desinveste em resposta ao stress e tensões sentidas, alertando ainda para as mudanças pessoais negativas que ocorrem em profissionais de ajuda que trabalham em empregos exigentes ou frustrantes. Nesse sentido, pode ser referido um estado de cansaço físico, sentimentos de impotência e de desespero, embotamento emocional e desenvolvimento de um conceito negativo de si mesmo, atitudes negativas em relação ao trabalho, à vida e aos outros. Perlman e Hartman (1982) propuseram uma definição que compreendia três dimensões do burnout (surgindo este como resposta ao stress emocional crónico): cansaço físico e emocional, diminuição da produtividade e despersonalização. Johnson e Stone (1986) promoveram uma definição que aponta para a componente emocional deste fenómeno, caracterizando o burnout como um estado de cansaço resultante da implicação pessoal dos sujeitos em situações emocionalmente exigentes. Mais tarde, Pines e Aronson (1989, p.9) apresentaram uma definição mais ampla, que não se restringia às profissões de ajuda, considerando burnout como *"um estado de esgotamento mental, físico e emocional, produzido pelo envolvimento crónico com o trabalho em situações emocionalmente exigentes"*. Também outros estudos descrevem este conceito como um estado

disfuncional e disfórico relacionado com o trabalho, numa pessoa sem psicopatologia maior, que trabalha num local onde antes funcionava bem, tanto ao nível de rendimento objectivo como de satisfação pessoal, e que já não consegue fazê-lo de novo sem ajuda de intervenção externa ou por reajustamento ao nível profissional (Lorente, Salanova & Martínez, 2007; Marques Pinto, 2000; Schaufeli & Enzmann, 1998). Anos mais tarde, Maslach e Leiter (1997), em relação a este fenómeno, alertaram que os indivíduos que apresentam ideais elevados, motivação e investimento pessoal e que depois se sentem não reconhecidos e defraudados no alcance dos seus objectivos, se assumem como um grupo vulnerável. Remetendo para definições de investigadores portugueses, o termo burnout surge na opinião de Freitas (1999) como metáfora usada para definir um estado de fadiga física e mental, que ocorre em múltiplos profissionais, fazendo lembrar a imagem da “vela ou fogueira” que se “apaga” ou da “bateria descarregada” e McIntyre (1994) refere que, apesar de não existir uma definição unanimemente aceite, é consensual que a síndrome de burnout surge no indivíduo como uma resposta ao stress laboral crónico, ao trabalhar sob “condições difíceis”, em contacto directo com pessoas, tendo consequências muito negativas quer para o sujeito, quer para a organização onde desempenha a sua profissão, nomeadamente na área da saúde.

De uma forma mais generalizada, pode definir-se o burnout como sendo uma reacção de stress relacionada com uma série de factores presentes no trabalho, cujas diferentes definições se complementam na compreensão do seu sentido. Estas diferentes definições de burnout estão associadas à forma como este é conceptualizado, ou seja, se é considerado como um estado (da pessoa que é atingida) ou como um processo (aquele que conduz ao estado em causa). Estas definições variam em função da sua extensão, da sua precisão e da sua dimensão, segundo Schaufeli e Enzmann (1998).

No que respeita à definição de burnout como processo, elegemos a posição de Cherniss (1980), que foi o primeiro autor que se referiu ao burnout como um processo, no qual as atitudes e comportamentos dos profissionais se tornam mais negativos como resultados do stress no trabalho. Desta forma, Cherniss considera as excessivas exigências do trabalho como a causa do burnout profissional, que desencadeiam estratégias de coping defensivas que se caracterizam pelo evitamento e pelo afastamento. Por seu lado, Schaufeli e Enzmann (1998), afirmam que as definições em termos de burnout como processo apresentam como permissas de que este é despoletado

por tensões que resultam do afastamento entre as expectativas, as intenções, os esforços, os ideais do indivíduo e as exigências da realidade do quotidiano; o stress que resulta deste desajuste desenvolve-se de uma forma gradual e que pode ser sentido conscientemente pelo indivíduo ou ficar ignorado durante um longo período de tempo, sendo a forma como o indivíduo enfrenta e lida com o stress um elemento crucial para o incremento desta síndrome.

Schaufeli e Buunk (2003), numa revisão de 25 anos de estudo sobre esta síndrome, remetem para a definição proposta por Schaufeli e Enzmann (1998) como sendo a mais sintética e, ao mesmo tempo, a que engloba as características do *estado* e do *processo* de burnout: um estado mental negativo, persistente, relacionado com o trabalho, que ocorre em indivíduos considerados “normais”, principalmente caracterizados pela exaustão, acompanhada de sofrimento, reduzida motivação e eficácia, e pelo desenvolvimento de atitudes ou comportamentos disfuncionais no trabalho. Esta condição psicológica desenvolve-se gradualmente, mas pode permanecer latente, não sendo identificada pelo indivíduo, por um longo período, resultado de um desencontro entre as suas expectativas e a realidade profissional, perpetuando no tempo devido ao uso de estratégias de coping/adaptação inadequadas que geralmente se associam a esta síndrome.

Dentro da conceptualização do burnout como estado, a definição mais citada na literatura é a de Maslach e Jackson (1986), que o considera uma síndrome tridimensional caracterizada por um esgotamento emocional, despersonalização (atitudes cínicas e sentimentos negativos em relação aos clientes) e pela percepção negativa em relação ao trabalho desempenhado em indivíduos que pertencem ao grupo das profissões de ajuda. De acordo com esta perspectiva, o burnout surge como uma experiência individual de stress que se desenvolve num contexto complexo de relações sociais e que envolve a concepção do indivíduo sobre si mesmo e sobre os outros (Maslach, 1993). A síndrome de burnout é assim, um constructo formado por três dimensões relacionadas, ainda que independentes e de uma forma mais específica, a exaustão emocional se assume como a resposta basilar de stress (Maslach, 1998; Maslach, Leiter & Schaufeli, 2008).

A exaustão consiste no sentimento de desgaste emocional e físico e de esgotamento dos recursos emocionais, caracterizado pela falta de energia e entusiasmo.

A estes sentimentos somam-se os de frustração e tensão, uma vez que os trabalhadores percebem que já não possuem condições para despende mais energia no atendimento com os clientes como faziam até ao momento. Como consequência, os indivíduos sentem-se cansados, exaustos, “esgotados”, privados dos seus recursos emocionais e físicos, sem energia para encarar as exigências do local de trabalho e sem identificarem fontes de recompensa profissional. Nesse sentido, pode ser considerada, inclusivé, como a primeira reacção ao stress causado pelas exigências do trabalho ou a grandes mudanças (Maslach & Leiter, 1997), cujas causas principais são a sobrecarga de trabalho e os conflitos pessoais no trabalho (Maslach et al., 2008), não reflectindo, no entanto, outros aspectos fundamentais da relação que as pessoas estabelecem com o seu trabalho (Maslach et al., 2001).

A despersonalização ou cinismo ocorre quando o profissional passa a tratar os clientes, os colegas e a organização de uma forma distante e impessoal. Os trabalhadores passam a desenvolver uma insensibilidade emocional face às situações vivenciadas pelos clientes, caracterizada por uma atitude fria, excessivamente distante para com o trabalho e para com as pessoas do trabalho. Os indivíduos minimizam o seu envolvimento na profissão, abandonando de uma forma progressiva os seus ideais (Maslach & Leiter, 1997). Por sentirem que já não possuem recursos emocionais (Ramos, 1999), reagem negativamente ou com grande distanciamento e frieza aos colegas e aos vários aspectos do trabalho (Maslach et al., 2008). No contexto específico da saúde, a despersonalização surge como uma tentativa do profissional se distanciar para com os seus Utentes ignorando conscientemente as qualidades destes como pessoas, parecendo ser mais fácil atender às suas necessidades se os considerarem como “meros objectos” do seu trabalho, conduzindo a respostas frias e desumanizadas (Maslach et al., 2001; Pines & Aronson, 1989) ou à assunção de formas de tratamento humilhante e de falta de respeito para com os estes (Gil-Monte, 2003). Acresce aqui o facto de que, se as pessoas estão a trabalhar demais, tendem a abrandar e a reduzir as tarefas para se auto-preservarem, correndo o risco, com o tempo, de que esse distanciamento possa resultar na perda de idealismo e nos cuidados desumanizados para com os outros, desenvolvendo uma reacção negativa às pessoas e ao trabalho (Maslach et al., 2008). Por outras palavras, os trabalhadores com níveis altos de despersonalização diminuem o tempo que passam no local de trabalho, reduzem a energia que investem na

profissão, apesar de continuar a desempenhar as suas tarefas, diminuindo, em consequência, a qualidade do seu desempenho profissional. O seu desempenho laboral pode ser traduzido pela frase “como aguentar o dia, ser pago e sair daqui?”. Esta dimensão assume-se como a componente interpessoal do burnout e de acordo com a investigação, tem-se verificado uma correlação significativa positiva entre a exaustão e despersonalização em várias organizações e locais de trabalho (Gil-Monte, 2003; Maslach et al., 2001, 2008). Assim parece expectável que a despersonalização surja como uma resposta à exaustão emocional excessiva, funcionando no momento inicial como um mecanismo de autodefesa do trabalhador, como um indicador desse distanciamento.

Por último, a terceira e última dimensão é a reduzida realização pessoal, que representa a componente de auto-avaliação do burnout. É caracterizada por um sentimento crescente de ineficácia profissional, onde cada novo projecto ou tarefa é sentido como sendo demasiado exigente (Maslach, 1982, 1993; Maslach & Leiter, 1997). Esta perda de realização profissional, no qual o trabalhador se passa a auto-avaliar de uma forma negativa em relação ao seu trabalho, conduz a uma insatisfação com o seu desenvolvimento profissional, podendo experienciar e a vivenciar sentimentos de baixa auto-estima profissional, baixa eficiência, ausência de sucesso e diminuição de gratificação pessoal no trabalho (Carlotto & Câmara, 2008b; Maslach et al., 2001). Estes sentimentos podem conduzir o profissional a uma imagem negativa de si próprio e dos outros sendo inclusive exacerbados quer pela ausência de recursos profissionais assim como pela falta de suporte social e de oportunidades de desenvolvimento profissional, levando-os a ponderar “o que estou a fazer? Porque estou aqui? Talvez este não seja o trabalho certo para mim”.

Segundo o modelo tridimensional do Burnout proposto por Maslach (1998), que contextualiza socialmente a experiência individual de stress, as dimensões estão inter-relacionadas, sendo que a exaustão crónica pode levar ao distanciamento emocional e cognitivo do indivíduo do seu trabalho, de tal forma que se torna menos envolvido, às necessidades dos outros ou às exigências do trabalho (Figura 1). No que diz respeito à baixa realização pessoal, esta surge então como uma consequência da exaustão ou da despersonalização, ou de ambas, sendo difícil que o indivíduo se sinta realizado quando se sente exausto ou é confrontado com a necessidade de ajudar

pessoas pelas quais sente hostilidade. Noutros contextos, a realização reduzida pode desenvolver-se em paralelo com as outras duas dimensões, em vez de uma forma sequencial, tendo este modelo sido encontrado de forma consistente em vários estudos com diferentes amostras profissionais e países (Maslach, 1998; Leiter & Schaufeli, 1996).

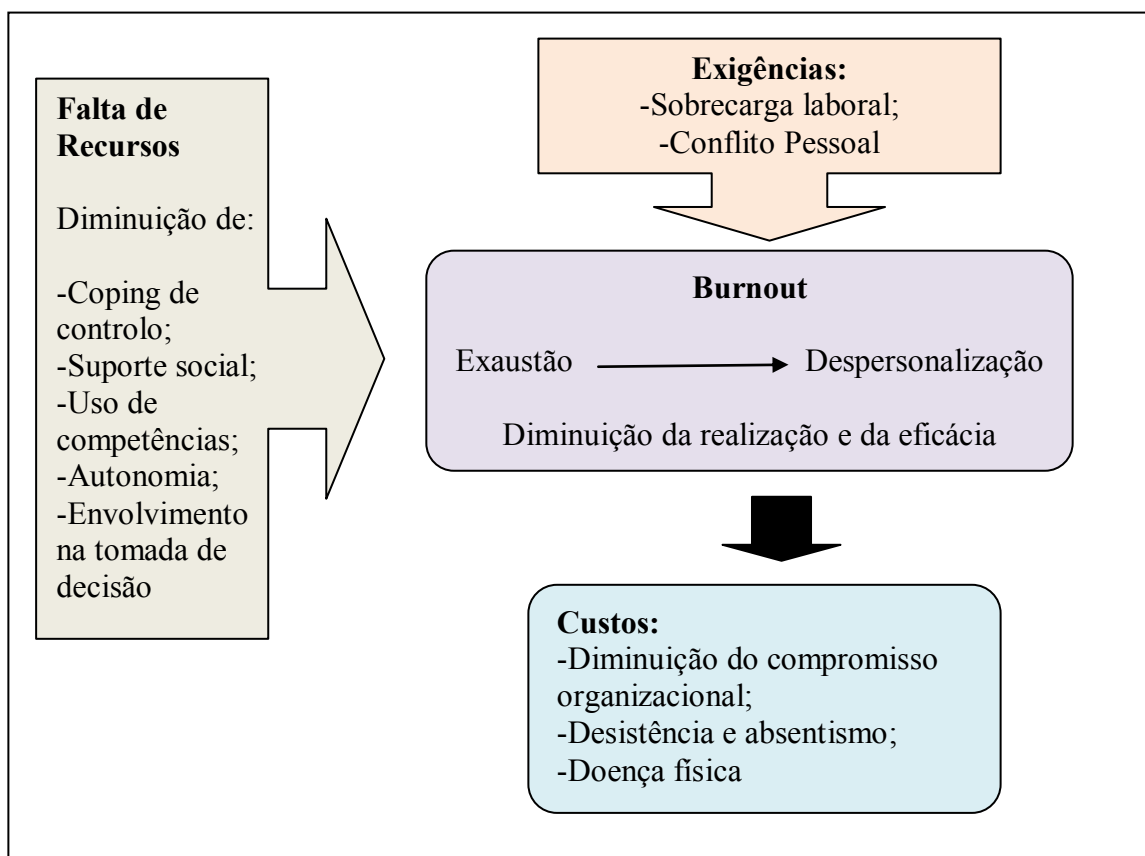


Figura 1 – O Modelo de Burnout (adaptado de Maslach, 1998)

Por outro lado, esta definição é muito popularizada por se encontrar associada ao MBI – Maslach Burnout Inventory, de Maslach e Jackson (1981b). Este questionário reúne as três dimensões mencionadas na definição de burnout, propriedades psicométricas ajustadas e que, ainda hoje, continua a ser o mais utilizado pela comunidade científica (Maslach et al., 2001, 2008; Schaufeli & Buunk, 2003). Até ao momento actual de conhecimento, são conhecidas três versões do MBI, desenvolvidas



para serem usadas com diferentes profissões. A versão original foi concebida para os serviços humanos e designa-se MBI-Human Services Survey (MBI-HSS); a segunda foi desenvolvida para profissionais de contextos educativos MBI-Educators Survey (MBI-ES); a terceira versão, mais ampla, designa-se por MBI-General Survey (MBI-GS), sendo usadas nas mais variadas profissões, não se restringindo apenas às que lidam directamente com pessoas (Maslach, 1998). Nesta investigação elegemos a perspectiva tridimensional da síndrome de burnout (Maslach & Jackson, 1981b), em que o Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey (MBI-HSS) se assume como o instrumento mais frequentemente utilizado pela comunidade científica para a sua avaliação nesta população específica, sendo, por isso, também utilizado por nós. No entanto, fomos tomando conhecimento de outros instrumentos que estão a ser desenvolvidos e testados, nomeadamente na Europa, como por exemplo, o Copenhagen Burnout Inventory- CBI; o Oldenburg Burnout Inventory-OLBI e mais recentemente citado na literatura, o Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse en el Trabajo- CESQT (Gil-Monte, 2005).

Em suma, consideramos que a síndrome de burnout gera muito sofrimento para o indivíduo, afectando geralmente o seu desempenho e interacção com a organização, colegas de trabalho, clientes, supervisores e subordinados, razão pela qual tem havido um aumento de interesse no desenvolvimento deste conceito ao longo do tempo (Schaufeli & Buunk, 2003). Ainda que a frequência, a intensidade, a duração e as consequências possam variar, o burnout apresenta assim três componentes básicas: exaustão física, emocional e mental (Pines & Aronson, 1989). Os diferentes autores alertaram para o facto de o fenómeno de burnout não dizer respeito a comportamentos desajustados ou mais “exacerbados” de alguns indivíduos, mas constituir-se como um fenómeno mais comum, caracterizado pela exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal (Maslach & Jackson, 1981a). Maslach e Schaufeli (1993) consideram o burnout como um prolongamento do stress profissional, sendo o resultado de um processo de longa duração, em que o trabalhador sente que os seus recursos para lidar com as exigências colocadas pela situação já estão “esgotados”. O burnout é assim um processo que se desenvolve ao longo do tempo (Leiter, 1992) e que resulta do stress crónico no trabalho, especialmente se o trabalhador não é capaz de alterar a situação (Cherniss, 1980).

Apesar de não existir uma definição única de burnout (Farber, 1983), parece ser consensual e unânime de que esta está reportada como sendo uma resposta ao stress laboral crónico. Independentemente das várias definições propostas sobre o conceito de burnout e das divergências que possam apresentar Maslach e colaboradores (2001) e Schaufeli e Buunk (2003) defendem que existem cinco elementos em comum em todas as propostas: 1) existe a predominância de sintomas relacionados com a exaustão emocional, mental, fadiga e depressão; 2) os sintomas estão relacionados com o trabalho; 3) verifica-se uma maior ênfase nos sintomas mentais e comportamentais e não tanto nos físicos, embora sejam mencionados também sintomas físicos atípicos; 4) manifesta-se em pessoas que até então não apresentavam distúrbios psicológicos; e 5) as atitudes e os comportamentos negativos conduzem a uma diminuição da afectividade e do desempenho no trabalho, ou seja, a um decréscimo de eficácia e desempenho no trabalho.

### **1.3. Perspectivas teóricas do Burnout**

Apesar da diversidade das abordagens teóricas do burnout, estas podem ser agrupadas, em termos gerais, em quatro grandes áreas: clínica, sociopsicológica, organizacional e sócio histórica (Byrne, 1999; Carlotto & Gobbi, 1999; Farber, 1991). Assim, segundo a perspectiva clínica de Freudenberger, é enfatizada a importância dos factores individuais como base desta síndrome, em que o estado de exaustão resulta do cansaço intenso do sujeito, cujas próprias necessidades são desvalorizadas.

Na abordagem sociopsicológica, protagonizada por psicólogos sociais como Christina Maslach e Ayala Pines, é enfatizada a natureza interpessoal do burnout. Maslach e Jackson (1981a) propõem que o stress laboral induz ao tratamento mecânico dos clientes. O burnout aparece como uma reacção à tensão emocional crónica gerada pelo contacto directo e excessivo com os outros, tendo-se em consideração que cuidar exige tensão emocional constante, atenção permanente e grandes responsabilidades profissionais. Investigações desenvolvidas por estes autores concluem que, quando os profissionais são incapazes de lidar com o stress emocional contínuo, facilmente entram em burnout, perdendo a preocupação e o afecto pelos utentes/clientes, passando a trata-

los com um distanciamento, ou até mesmo de uma forma fria e desumana (Maslach, 1976).

Paralelamente, outros autores como Cherniss e Golembiewski valorizaram a importância do contexto organizacional no desenvolvimento do burnout (Schaufeli & Enzmann, 1998). A abordagem organizacional defende que os sintomas que constituem a síndrome seriam respostas possíveis para um trabalho stressante, frustrante e monótono. Por fim, na perspectiva sócio histórica o burnout surge porque as condições sociais não canalizam os interesses de uma pessoa na prestação de ajuda a outras, tornando-se assim difícil manter o compromisso em servir, de forma genuína, os outros. Considerando as diferentes concepções sobre a síndrome de burnout, a análise e discussão da presente investigação serão suportadas pela perspectiva psicossocial, que coloca em evidência as variáveis sócio-ambientais como adjuvantes no processo de desenvolvimento da síndrome. Assim, os aspectos individuais associados às condições e às relações de trabalho formam uma constelação que parecem facilitar o aparecimento dos factores multidimensionais da síndrome: a exaustão emocional, a despersonalização e a baixa realização pessoal (Maslach et al., 2001).

#### **1.4. Causas do Burnout**

A literatura defende que o conceito de burnout surgiu muito associado ao desempenho de profissões de ajuda. A estes profissionais é-lhes exigido um grande empenho, esforço e atenção junto das pessoas que cuidam frequentemente, podendo fragilizar a relação com sentimentos de frustração e de desespero, conduzindo a um estado de tensão ou stress, traduzido posteriormente por um cansaço físico e psicológico. No entanto e apesar de este conceito ter sido também estudado em outras actividades profissionais, a investigação aponta que a sua prevalência mais elevada é encontrada em ocupações que envolvem o lidar directamente com clientes, com recurso a um alto nível de exigências emocionais, destacando-se a classe de professores e dos profissionais de saúde (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2000; Peterson, Demerouti, Bergstrom & Nygren, 2008; Suzuki, Itomine, Kanoya, Katsuki, Horri & Sato, 2008). Em relação às publicações, verificamos que, de acordo com Schaufeli e Buunk (2003), 43% são referentes às áreas da saúde e trabalho social, 32% à área da

educação e 9% à área de administração e gestão. Com base numa meta-análise de Schaufeli e Enzmann (1998), que incluiu 473 estudos publicados entre 1978 e 1996, verificou-se que o burnout é predominantemente estudado nas profissões ligadas à saúde e ao ensino, mas também noutras profissões como serviço social, psicólogos, administração e profissionais de polícia. Entre as profissões que evidenciam um nível elevado de stress encontram-se os jornalistas, controladores aéreos, executivos, professores, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, polícias, advogados, políticos e guardas prisionais (Maslach et al., 2001, 2008).

Nesse sentido, e atingindo o burnout principalmente as profissões de ajuda, onde o foco de trabalho são as pessoas (Maslach & Schaufeli, 1993; Pines & Aronson, 1989), os Profissionais de Saúde parecem, de facto, possuir características especiais para constituírem um grupo particularmente vulnerável a esta síndrome. O trabalho contínuo com pessoas que estão em sofrimento, psicológico, social e/ou físico pode efectivamente causar stress crónico e ser emocionalmente desgastante, contribuindo para o risco de burnout (Maslach & Jackson, 1981a). Ainda neste sentido, Freudenberger (1974) refere-se também ao facto de serem justamente os profissionais mais dedicados e mais comprometidos com o trabalho, os mais propensos a desenvolver burnout. Por isso, parece consensual que não se inicia a actividade profissional com sentimentos de burnout, mas pelo contrário, é expectável que o trabalhador apresente entusiasmo, energia, prontidão para despende tempo e esforço nas tarefas profissionais solicitadas. Podemos, por isso, afirmar que o burnout parece assumir um carácter insidioso, em que surge não depois de um ou mais episódios de sobrecarga ou dificuldades especiais, mas sim de uma forma gradual, evoluindo lentamente do entusiasmo à decepção (Moreno-Jiménez & Puente, 1999). A crença de que os profissionais de saúde estão “imunes à doença” pelo facto de deterem conhecimentos mais específicos no campo da saúde tem sido colocada em causa pelos resultados das investigações, uma vez que é corroborada a ideia de que, à semelhança de outras situações de risco, o conhecimento por só não parece substituir a necessidade de apoio, principalmente quando se trata de lidar com as emoções, como por exemplo, o sofrimento ou a morte (McIntyre, 1994).

Por gerar um profundo sofrimento para o indivíduo, afectar o seu desempenho e a interacção com a organização, com os colegas de trabalho, com os clientes,

supervisores e subordinados, a síndrome de burnout tem sido alvo de especial atenção e aumento de interesse ao longo do tempo (Schaufeli, Maslach & Marek, 1993). Ao fazermos uma analogia, podemos referir que a síndrome do burnout quase que pode ser comparada a um barómetro que visa medir a disfunção social da organização, em que este não é um problema das próprias pessoas, mas antes um problema do ambiente social dos locais nos quais as pessoas trabalham (Maslach & Leiter, 1997). Assim, esta síndrome constitui-se na relação do sujeito com a organização do trabalho, podendo ser caracterizada por toda uma combinação de variáveis pessoais, do trabalho e da organização, que podem agir como facilitadores (factores de risco) ou inibidores (factores de protecção) da acção dos diferentes agentes de stress.

Ao pesquisarmos na literatura, encontramos a presença de diferentes factores relacionados com o aparecimento da síndrome de burnout, quer no âmbito organizacional quer individual. Nesse sentido, verificamos que os factores organizacionais, por ser alvo de maior atenção por parte dos investigadores, são também referidos como os principais responsáveis pelo surgimento do stress no contexto do trabalho nos trabalhadores (Carlotto, 2009; Maslach et al., 2001, 2008). De uma forma geral, os factores organizacionais mais relacionados com o burnout são: o excesso de trabalho; o conflito de papéis; a insatisfação no trabalho e a falta de suporte social, em que esta síndrome tem sido sucessivamente associada a várias respostas negativas ao trabalho, tais como a insatisfação no trabalho, o baixo compromisso com a organização, o absentismo, a intenção para deixar o trabalho e a alta rotatividade dos colaboradores (Maslach et al., 2008; Suzuki et al., 2008).

Pines e Aronson (1989) e Pines (2003) referem que a principal causa do burnout parece residir na necessidade humana das pessoas acreditarem na verdadeira importância e no sentido do trabalho. Se a pessoa sente que falha, ou que não está a corresponder às suas expectativas iniciais, parece ficar mais vulnerável para o experienciar do burnout, desenvolvendo atitudes e sentimentos negativos para com os outros, considerando muitas vezes que são merecedores dos problemas que os afectam, contribuindo assim para a sua exaustão emocional (Maslach & Jackson, 1981a). Por seu lado, Maslach e Leiter (1997) postulam que, quanto maior for o desajuste (ou desencontro) entre a pessoa e o trabalho, maior é o risco de ocorrer a síndrome de burnout. A existência de uma nova perspectiva na abordagem a esta temática realça a

noção de desfasamento ou disparidade, que passa a ser compreendida e complementada com os contributos de outros constructos relacionados entre o trabalhador e o trabalho (por exemplo, os valores e as expectativas profissionais). Desta forma, é possível enriquecer e compreender melhor avaliação do indivíduo dentro do contexto organizacional (Maslach, 1998) e da influência do mesmo no indivíduo-trabalhador. Este novo modelo hipotetiza que o burnout se assume como um importante mediador entre o indivíduo e o seu trabalho, em que o desfasamento conduz ao burnout que, por sua vez, pode originar várias consequências ou resultados, contrariando o modelo anterior, que conceptualizava a congruência entre a pessoa e o trabalho como preditores de determinadas consequências (por exemplo, o compromisso, a satisfação, o desempenho e a permanência no trabalho (Leiter, 1991; Maslach, 1998)). O burnout pode ser encarado, segundo Leiter (1992), como um indicador da extensão em que o trabalho, no contexto organizacional, enfraqueceu o sentido de auto-eficácia do indivíduo.

Nesse sentido, Maslach e Leiter (1997) identificaram seis possíveis fontes causadoras de burnout: a sobrecarga de trabalho, a falta de controlo, as recompensas insuficientes, falta de espírito de equipa, ausência de justiça e os conflitos de valores, apresentadas a seguir, na Figura 2. Estes autores consideram que o desfasamento entre o indivíduo e o trabalho pode ocorrer não numa área apenas, mas em todas, caso se verifique um desencontro entre a natureza do trabalho com a natureza da pessoa, cujo resultado é o aumento das componentes de exaustão, despersonalização e ineficácia profissional. Por outro lado, ao se verificar uma harmonia, o resultado provável é o compromisso assumido no e para com o trabalho. Constata-se assim, que cada área se relaciona de uma forma distinta e “antagónica” com o burnout e com o compromisso.

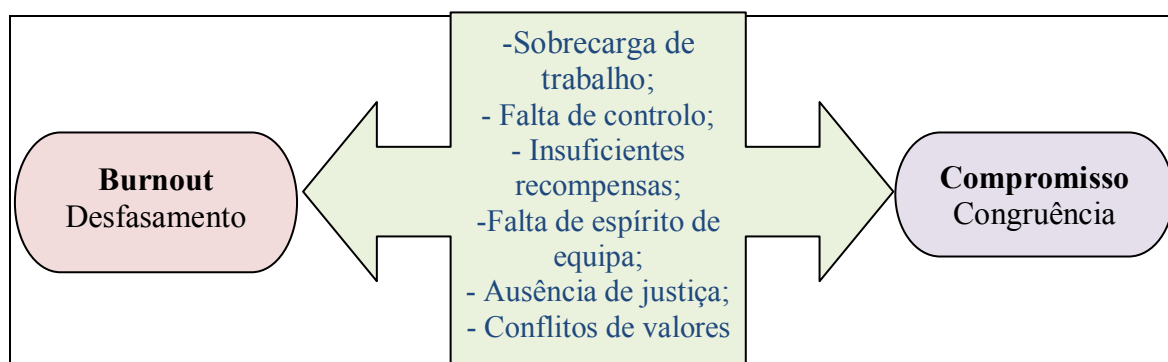


Figura 2 – Seis áreas do ajustamento pessoa-trabalho (adaptado de Maslach, 1998)

Em relação á **sobrecarga de trabalho**, esta ocorre quando se verifica que as exigências do trabalho excedem as limitações humanas, em que o trabalhador sente que está no “trabalho errado” por não reconhecer os recursos ou apetências ou, ainda, quando lhe é exigido algum tipo de dissonância emotiva. Esta área é aquela que mais se relaciona com a dimensão exaustão emocional do burnout.

A **falta de controlo** refere-se á dificuldade que o trabalhador encontra em tomar decisões e estabelecer prioridades sobre o seu trabalho, ocorrendo quando existem políticas profissionais muito rígidas, uma monitorização excessiva ou quando as condições de trabalho são caóticas e desgastantes. Sem controlo, a pessoa apresenta dificuldades em equilibrar os seus interesses pessoais com os da organização. Os indivíduos não apresentam autonomia para resolver os seus problemas, fazer as suas próprias escolhas e contribuir para alcançar os resultados pelos quais serão responsabilizados posteriormente, isto é, a responsabilidade que assumem excede a autoridade que possuem. Geralmente está associado à dimensão de reduzida realização pessoal e a maiores níveis de stress.

A **falta de recompensa** no trabalho surge pelo desajuste verificado quando a profissão não apresenta as suficientes recompensas ao nível monetário, de prestígio e de segurança. Esta falta de reconhecimento conduz à subvalorização do trabalho e dos trabalhadores, reforçando a ideia de que a falta de recompensas está directamente relacionada com sentimentos de ineficácia profissional e com a baixa moral dos profissionais.

A **falta de espírito de equipa** está relacionada com a perda de uma ligação positiva com os outros no contexto laboral, contribuindo para a ausência de sentimento de comunidade. A falta de segurança no trabalho e a excessiva preocupação com os resultados em curto prazo “fragmenta” o sentimento de suporte social, diminuindo a probabilidade de entreaajuda entre colegas em situações de dificuldades, surgindo sentimentos de frustração, raiva, ansiedade e desrespeito. Várias investigações revelaram que a falta de apoio dos supervisores e de apoio social do grupo associam-se a níveis elevados de burnout (Moreno-Jiménez & Puente, 1999); por sua vez, as relações laborais amistosas e apoiantes facilitam o trabalho, tornando-o mais agradável (Leiter, 1992).

A **ausência de justiça no contexto de trabalho** significa que as pessoas mostram respeito e que o seu valor pessoal é confirmado. Consensualmente, um ambiente de trabalho é considerado justo quando existe verdade, transparência e respeito, contribuindo para que os trabalhadores se sintam comprometidos no e para com o seu trabalho. A confiança numa organização que não demonstra sentido de equidade no tratamento dos trabalhadores é abalada quando, por exemplo, se verificam discrepâncias salariais e diferenças na distribuição das tarefas, situações de deslealdade ou quando as avaliações/promoções não são conduzidas de forma transparente. Esta ausência de justiça percebida contribui para o burnout dos trabalhadores essencialmente de duas formas: a primeira relacionada com o facto de que a experiência de ser tratado injustamente é emocionalmente muito desgastante e a segunda, em que esse sentimento de injustiça vai alimentando outro, a despersonalização e o afastamento para com o local de trabalho.

Por fim, os **conflitos de valores** ocorrem quando se verifica um conflito entre os requisitos da profissão e os princípios e valores do indivíduo. Os conflitos de valores também podem ocorrer quando as aspirações pessoais não acompanham os valores da organização, ou quando a qualidade de atendimento colide de certa forma com a contenção de custos da organização, como cada vez mais, no momento actual, é divulgado pelos diversos meios de comunicação social e, no caso particular, do contexto da saúde.

Salvaguardamos, no entanto, que estas seis áreas de desajustamento entre a pessoa e o trabalho podem relacionar-se entre si, não sendo, por isso, totalmente independentes e nem sempre apresentarem um efeito imediato, com consequências ao nível pessoal e laboral. Nesse sentido, o contributo da investigação assume-se como essencial na pesquisa de outras áreas preditores desta síndrome, averiguando a existência de um número mínimo de desfasamentos ou da grandeza do desfasamento para originar o burnout (Maslach, 1998; Maslach et al., 2001). A área dos valores tem-se revelado, em investigações mais recentes, como mediadora das outras áreas, alertando para a importância das diferenças individuais, devido à concepção e ao peso atribuídas pelo próprio trabalhador às diversas situações laborais, enfatizando a qualidade social do burnout. Este modelo realça as também as características da organização apesar das características únicas do indivíduo, enfatizando a importância de



olhar para a pessoa no contexto e em termos da congruência com os domínios-chave da vida profissional.

No actual contexto socioeconómico, e em especial na área da saúde, que se reveste de sérias e profundas remodelações, justificadas em muito pelo agravamento da crise mundial, novos factores psicossociais se acrescentam aos que, tradicionalmente, representam as fontes de stress e de burnout. Um ritmo de trabalho intenso, alteração do quadro legal do regime de carreiras, a avaliação de desempenho, a diminuição dos recursos humanos, recurso a novas tecnologias, exigências contraditórias entre trabalho e vida privada são apenas alguns dos muitos dos exemplos. A somarem-se a estas, acrescentamos, com maior ênfase, as recentes mudanças da natureza e do conteúdo do trabalho, pois as evoluções técnicas alteraram a perspectiva do contexto de trabalho, com sequelas na sua dimensão relacional. Truchot (2004) refere mesmo que a mundialização da economia faz pesar sobre os trabalhadores uma forte exigência de flexibilidade dos horários, sem garantir que o emprego será perene, o que já se vai verificando. Assiste-se, pelo contrário, de forma crescente e preocupante, a uma maior precariedade e novas condições de trabalho, com alteração de regalias adquiridas. Nesse sentido, muitos trabalhadores percebem uma perda gradual do próprio controlo que exerciam sobre as suas vidas e no trabalho, obrigando-os a reajustes constantes face às adversidades que encontram.

Por seu lado, as investigações realizadas ao nível organizacional, procuram compreender a influência do conteúdo da actividade (como por exemplo, a sobrecarga de trabalho, o ritmo das tarefas a efectuar, a pressão do tempo, os horários longos e imprevisíveis, a monotonia do trabalho, os procedimentos standardizados) no contexto onde esta se desenrola. Segundo Truchot (2004), verificamos correlações significativas negativas entre uma ou várias dimensões do burnout com papéis mal definidos e ambíguos, o isolamento e a falta de suporte social. Neste sentido, emergem novas variáveis e riscos psicossociais, assumindo-se, em simultâneo, como factores de burnout.

Ainda que com alguma controvérsia e remetendo-nos para a necessidade urgente de novas investigações nestes domínios, a literatura sustenta que os factores ambientais tendem a sobrepor-se aos factores individuais. Marques-Teixeira (2002) alerta que convém não esquecer que os seus efeitos não têm sido sistematicamente

estudados e que é necessária a realização de trabalhos centrados na interacção entre factores individuais e factores ambientais no domínio do estudo da síndrome de burnout. Por outro lado, Moreno-Jiménez e Puente (1999) referem ainda que o modelo interactivo do stress proposto por Lauzarus e Folkman (1984) sugerem que as características pessoais apresentam um papel igualmente importante no desenvolvimento do burnout.

Neste âmbito, as características individuais do sujeito são encaradas como determinantes na reacção ao stress, em que a avaliação de um agente stressor irá variar de indivíduo para indivíduo. Nesse sentido e perante a mesma situação, alguns trabalhadores poderão identificar um desafio ou mesmo uma oportunidade, em que lhes é permitido exercer as suas competências, enquanto outros a irão encarar como uma ameaça, apoiando o modelo transaccional proposto por Cherniss (1980). Este modelo demonstra ser difícil equacionar o burnout e o sistema de respostas de coping do próprio indivíduo. Na mesma linha de pensamento, também o modelo de diagnóstico sobre as causas do burnout desenvolvido por Carroll e White (1982) deve ser considerado ao relevar que o que conduz ao burnout é o impacto interactivo entre certos factores pessoais, o contexto da função e as características do meio. Estas características individuais actuam sobre as capacidades para fazer face às exigências e sobre os recursos que o indivíduo procura mobilizar. Certas pessoas sentem-se mais aptas que outras para controlar a situação, mobilizando de forma eficaz o suporte dos colegas. Por outro lado, vários traços de personalidade têm sido estudados na tentativa de descobrir que tipo de pessoas teria maior risco de experienciar o burnout.

Segundo Maslach et al., (2001), os sujeitos que revelam baixos níveis de vigor (envolvimento nas actividades diárias, sentido de controlo sobre os acontecimentos e abertura à mudança) apresentam resultados mais elevados de burnout, especialmente na dimensão da exaustão emocional. Acrescentam ainda que o burnout é mais alto nas pessoas que apresentam um locus de controlo externo (atribuindo acontecimentos e realizações aos outros ou à sorte) ao contrário dos que têm um locus de controlo interno (atribuição às suas próprias capacidades e esforços). Resultados semelhantes têm sido referidos sobre estilos de coping e burnout. Os que estão em burnout lidam com acontecimentos stressantes de forma passiva e defensiva, enquanto os estilos de coping

activos e confrontativos estão associados com menor burnout. Noutras investigações, as três dimensões do burnout foram também relacionadas com baixa auto-estima.

De um modo consensual são identificados na literatura, como factores individuais antecedentes, o género, a idade, o estado civil, o número de filhos, a categoria profissional, o exercício de função e ainda, referida de forma mais esporádica, surge a variável nível de expectativas (Enzmann & Kleiber, 1990; Maslach et al., 2001, 2008). No entanto, de todas as variáveis demográficas que têm sido alvo de investigação, a idade é aquela que tem sido relacionada de uma forma mais consistente com a síndrome de burnout. Maslach e Jackson (1981a) defenderam a ideia de que as pessoas mais jovens apresentam tendência para uma despersonalização mais marcada, enquanto os mais velhos, acima dos 30 e 40 anos, acusam, sobretudo insatisfação pessoal. No entanto, a literatura alerta para o facto da relação entre a idade e antiguidade não estar ainda devidamente esclarecida quanto à manifestação da síndrome de burnout. A adicionar a esta evidência, verificamos que, por vezes, a idade é confundida com a experiência de trabalho, aparecendo por isso, o burnout associado a um factor de risco ao início da carreira profissional, verificando-se uma relação linear positiva entre experiência e burnout.

Os trabalhos de Golembiewsky, Scherb e Boudreau (1993) para além de encontrarem uma relação curvilínea, indicam que os indivíduos com menos de dois anos de antiguidade têm baixos níveis de burnout. Cherniss (1992) defende uma relação negativa no que se refere à idade e à antiguidade, ao contrário de Oliveira e Guerra (2004). Desse modo, a relação inversa entre burnout e a antiguidade, verificada em vários estudos, pode ser função, quer da idade quer do ambiente laboral, uma vez que se encontrou que trabalhadores que ingressam num ambiente laboral com elevado nível de stress, tendem a abandonar o trabalho por um período de tempo prolongado (Numerof & Abrams, 1984). Contudo, Maslach e colaboradores (2001) alertam para o facto de estes resultados serem encarados cuidadosamente, devido à possibilidade de enviesamento dos “sobreviventes”, ou seja, aqueles que entram precocemente em burnout na sua actividade profissional são os mais susceptíveis em abandonar o seu trabalho, deixando para traz os “sobreviventes” que consequentemente exibem níveis de burnout mais baixos, pois parece terem conseguido resistir às adversidades com que se depararam, tornando-se mais fortes psicologicamente.

No que diz respeito ao estado civil, os que não são casados (especialmente os homens) parecem ter uma maior propensão para experienciar o burnout comparativamente aos que são casados. Os solteiros parecem experienciar níveis de burnout ainda mais elevados do que os divorciados (Maslach et al., 2001). Estudos realizados por Maslach (1982), Golembiewski e colaboradores (1993) e por Seltzer e Numerof (1988) confirmaram estes resultados: os trabalhadores casados apresentam níveis de burnout inferiores aos níveis apresentados por solteiros. Desse modo, estar envolvido numa relação afectiva estável, tradicionalmente reconhecida pelo casamento, parece proporcionar apoio suficiente para baixar os níveis de burnout. Também as investigações de Matos e Júnior (2008) apoiaram esta tendência, referindo que o apoio social, familiar e até religioso parece ter um efeito protector no desenvolvimento do burnout.

Em relação à variável género, a literatura refere que esta não se tem assumido como um forte preditor do burnout, apesar de alguns argumentos referirem o burnout como sendo uma experiência mais associada ao sexo feminino. Alguns estudos demonstram níveis de burnout mais elevados nas mulheres, outros apresentam valores mais altos nos homens, e outros não encontram diferenças significativas. A única diferença consistente, ao nível do género, é que os homens frequentemente revelam uma maior despersonalização (Maslach et al., 2001), enquanto as mulheres apresentam uma tendência para maiores níveis de exaustão emocional. Estes resultados parecem estar relacionados com os estereótipos associados a determinados papéis, podendo reflectir, ainda que em menor escala nos dias de hoje, a escolha da profissão em relação ao género (ex.: é mais provável os polícias serem homens e as enfermeiras serem mulheres). Maslach e Jackson (1981a), nos seus estudos, encontraram que as mulheres apresentam-se mais exaustas emocionalmente enquanto os homens evidenciam maiores níveis de despersonalização e falta de realização pessoal. Golembiewski e colaboradores (1993) concluíram que as mulheres apresentavam níveis de burnout mais elevados do que os homens. Outros autores (Maslach & Jackson, 1981a; Seltzer & Numerof, 1988) não encontraram qualquer tipo de relação na variável sexo. Por sua vez, Matos e Júnior (2008) referem que as mulheres parecem lidar melhor com problemas laborais, apesar de apresentarem níveis mais elevados de burnout.

Relativamente às habilitações académicas, alguns estudos revelaram que sujeitos com elevado nível de habilitações académicas referiram maiores níveis de burnout do que trabalhadores com níveis académicos inferiores (Maslach et al., 2001). Mais uma vez, a literatura vem advertindo para a cautela na interpretação destes resultados, que não são convergentes, uma vez que a educação é, por vezes, confundida com outras variáveis, tais como profissão e estatuto. Nesse âmbito, é compreensível que profissionais com maiores habilitações académicas podem, de facto, desempenhar actividades de maior responsabilidade e exigências, que associadas a maiores expectativas, poderão, por sua vez, conduzir a sentimentos de maior exaustão emocional e insatisfação profissional caso as mesmas não sejam alcançadas.

As expectativas em relação ao trabalho são individuais, sendo em algumas profissões, muito elevadas, associadas à natureza do trabalho e/ou à probabilidade de alcançar sucesso e poder económico. Estas expectativas quer sejam consideradas realistas ou irrealistas, postulam uma hipótese que tem sido apresentada como um factor de risco para o burnout. Nesse sentido, expectativas mais elevadas conduzem as pessoas a trabalhar duramente e a investir na sua carreira, podendo apresentar níveis de maior exaustão emocional e eventual despersonalização, quando os elevados esforços não produzem os resultados esperados. Segundo Maslach e colaboradores (2001, 2008), esta hipótese de conhecimento tem recebido apoio empírico por parte de metade dos estudos. Grosch e Olsen (1994) referem a propósito das diferentes necessidades de obtenção de reforços externos, que algumas pessoas optam por profissões de ajuda não só para ajudar os outros, mas também para conquistar o seu apreço. Por isso, se as expectativas face ao sucesso forem muito elevadas e irrealistas acabam por ter repercussões negativas ao nível da auto-estima, aumentando o risco de burnout. Emerge assim a perspectiva da influência do papel que algumas características da personalidade podem ter no aparecimento de burnout. Moreno-Jiménez e Puente (1999) constataram que são os profissionais mais entusiastas, mais idealistas e com um maior nível de expectativas pessoais em relação ao trabalho, que apresentam uma maior facilidade de entrar no processo de burnout. Para Jackson, Schwab e Schuler (1986), as expectativas de realização pessoal no trabalho são uma das características individuais que afecta o nível de burnout e, para García (1990, p.23) “*as expectativas profissionais são determinantes de risco emocional*”, sendo consensual entre os autores que, quando são irreais e pouco

objectivas, que surgem nos primeiros anos de carreira, levando a um inevitável sentimento de fracasso e de inadequação, com repercussões negativas ao nível da auto-estima e reduzida realização pessoal face às práticas quotidianas vividas do mundo real (Cherniss, 1980; Moreno-Jiménez & Puente, 1999; Maslach & Jackson, 1981a).

### **1.5. Manifestações e consequências do burnout**

A temática do burnout, nos últimos anos, tem-se assumido como uma problemática psicossocial, devido à severidade das suas consequências sobre a saúde física e mental dos trabalhadores e a qualidade do seu desempenho quer individual, quer organizacional. Para Zamora, Castejón e Fernández, (2004) os problemas causados pela síndrome de burnout podem ser categorizados ao nível pessoal, encontrando-se aqui as perturbações psicossomáticas, os problemas psicológicos e os problemas de comportamento que afectam o rendimento no trabalho (como o absentismo, atrasos, diminuição na qualidade do trabalho) e/ou ao nível interpessoal, tendo como exemplo, os problemas familiares e sociais.

Ao nível individual e ao pesquisarmos na literatura sobre a sintomatologia específica associada a esta síndrome ao nível individual, podemos, desde logo dividi-los em sintomas físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos (Carlotto, 2010; Freudemberger, 1974; Leiter & Maslach, 1988; Maslach et al., 2001, 2008). De acordo com Schaufeli e Enzmann (1998) ao efectuarem uma revisão sobre este aspecto identificaram e reuniram 132 sintomas, salvaguardando, no entanto, que muitos derivem da observação clínica não controlada e da análise não estruturada de entrevistas. Não sendo nossa pretensão realizar uma análise exaustiva deste conteúdo temático, alertamos para o facto de que, para o diagnóstico clínico, o indivíduo não precisa apresentar, em simultâneo, todos os sintomas e que a sintomatologia defensiva assume uma particular importância por auxiliar na distinção entre burnout e stress.

Ao se considerar a síndrome de burnout como um processo gradual e cumulativo, podemos encontrar diferenças no que diz respeito à sua intensidade e frequência. Assim, Iwanicki e Schwab (1981) referem que a frequência num grau reduzido corresponde ao surgimento de alguns sintomas de forma esporádica e o grau máximo quando a presença destes é permanente. Em relação à intensidade, verificamos

que um nível baixo é caracterizado pela incidência de sentimentos, tais como irritação, inquietação, frustração, cansaço exagerado e um alto nível pela ocorrência de situações de doença e de somatizações.

De acordo com França (1987), podemos esquematizar a sintomatologia do burnout (Quadro 1).

Quadro 1- Sintomatologia da síndrome de burnout (adaptado de Carlotto, 2010)

<b>Aspectos</b>	<b>Sintomatologia</b>
Físicos	Sensação de fadiga constante e progressiva, distúrbios do sono, dores musculares ou ósseas, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, perturbações do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais;
Comportamentais	Falta de atenção e de concentração, alterações mnésicas, lentificação do pensamento, sentimentos de alienação, solidão, insuficiência, impaciência, desânimo, depressão, desconfiança;
Psíquicos	Irritabilidade, agressividade, incapacidade em relaxar, dificuldade em aceitar mudanças, perda de iniciativa, aumento do consumo de substâncias, comportamento de alto risco e aumento da probabilidade de suicídio;
Defensivos	Tendência ao isolamento, sentimentos de onipotência, perda do interesse pelo trabalho ou pelo lazer, insónias e cinismo.

Campos, Inocente, Alves, Guimarães e Areias (2004), com base numa revisão da literatura, propõem uma classificação para os sintomas físicos e psicológicos associados ao burnout:

- Leve: o profissional pode demonstrar sintomas físicos mais vagos, tais como cefaleias, dorsalgias e contracturas musculares associados a mudanças na forma de estar e na diminuição da produtividade e eficácia;
- Moderado: com base nos sintomas anteriores, podem surgir alterações de sono, dificuldades na concentração e no relacionamento interpessoal, alterações de peso,

anorexia, diminuição do apetite sexual, sentimentos de pessimismo com recurso ao uso de automedicação;

- Grave: surgem nesta fase uma queda mais acentuada da produtividade, absentismo, sensação de insatisfação com o trabalho crescente, acompanhada de uma baixa auto-estima e de alguns comportamentos de adição (álcool, tabaco, psicofármacos);

- Extremo: é a fase mais crítica deste processo, em que o profissional já apresenta e demonstra um distanciamento afectivo, embotamento social, acompanhado de um profundo sofrimento, sentimentos de tristeza, pena de si próprio, sensação de fracasso com a profissão, abandono do trabalho e um risco elevado de suicídio.

Podemos também categorizar, segundo Gil-Monte e Peiró (1997), as consequências do burnout em quatro níveis: emocionais, atitudinais, comportamentais e psicossomáticos. O nível emocional inclui indicadores emocionais como o uso de mecanismos de distanciamento emocional, sentimentos de solidão, de alienação, ansiedade, de impotência ou onipotência. Nesse sentido, a motivação intrínseca do profissional desaparece (Schaufeli & Buunk, 2003). Ao nível atitudinal, o indivíduo pode revelar dificuldade em verbalizar o que sente, apresentar atitudes de cinismo, apatia, hostilidade e desconfiança, com o desenvolvimento de atitudes negativas. Em termos comportamentais podem observar-se comportamentos de agressividade, isolamento, mudanças bruscas de humor, irritabilidade e desagrado. Por último, em relação às consequências psicossomáticas, as mais citadas são as alterações cardiovasculares (palpitações, hipertensão), problemas respiratórios (crises de asma, falta de ar), problemas imunológicos (maior frequência de infecções, alergias), problemas sexuais, digestivos (úlceras, náuseas, diarreias), musculares (dores de costas, fadiga) e alterações no sistema nervoso (enxaquecas, insónias). Truchot (2004) e Queirós (2005) acrescentam ainda o nível interpessoal, uma vez que é possível observarmos em simultâneo as consequências ao nível da relação com os colegas, com superiores e com utentes, assim como uma deterioração da vida familiar e social, em que o burnout “invade” o casamento e a família, levando a um possível conflito trabalho-família e família-trabalho.

Ao nível organizacional, podemos considerar que o burnout se manifesta pela alteração do comportamento do indivíduo no trabalho, aumentando a sua insatisfação e



o seu compromisso para com este. Gil-Monte (2003) identifica indicadores que podem auxiliar as organizações a reconhecerem se os seus colaboradores se encontram a experienciar o burnout. Assim, estes indicadores manifestam-se ao nível da diminuição da qualidade assistencial, da baixa satisfação laboral, do absentismo laboral elevado, da tendência ao abandono do posto de trabalho ou da própria organização, da diminuição do interesse e esforço na realização de tarefas laborais, do aumento de conflitos interpessoais com colegas, utentes e supervisores e, por último, uma diminuição da qualidade de vida profissional dos trabalhadores.

Apresentamos a seguir as consequências da síndrome de burnout, englobando os aspectos físicos, psicológicos e sociais, o ambiente laboral e aspectos mais específicos ao contexto do trabalho (Quadro 2).

Quadro 2- Consequências da síndrome de burnout (adaptado de Carlotto, 2010)

<b>Consequências da síndrome de burnout</b>	
<b>Físicas, Pessoais e Sociais</b>	<b>Organizacionais e Laborais</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fadiga constante e progressiva;</li> <li>- Distúrbios do sono;</li> <li>- Dores musculares ou ósseas;</li> <li>- Cefaleias, enxaquecas;</li> <li>- Perturbações gastrointestinais;</li> <li>- Imunodeficiência;</li> <li>- Transtornos cardiovasculares;</li> <li>- Perturbações do sistema respiratório;</li> <li>- Disfunções sexuais;</li> <li>- Alterações menstruais;</li> <li>- Redução da auto-estima;</li> <li>- Falta de atenção e da concentração;</li> <li>- Alterações de memória;</li> <li>- Sentimentos de alienação e de solidão;</li> <li>- Impaciência;</li> <li>- Astenia, desânimo, disforia e depressão;</li> <li>- Labilidade emocional;</li> <li>- Isolamento;</li> <li>- Divórcio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuição da qualidade;</li> <li>- Predisposição a acidentes no trabalho;</li> <li>- Abandono;</li> <li>- Absentismo;</li> <li>- Rotatividade</li> <li>- Baixa produtividade.</li> </ul>

## 2. Burnout e engagement

Com o aparecimento da psicologia positiva (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Turner, Barling & Zacharatos, 2002), que se foca nos aspectos positivos do ser humano e no seu funcionamento óptimo, o conceito de *engagement* no trabalho tem recebido uma atenção crescente no campo da psicologia da saúde ocupacional (Schaufeli & Salanova, 2007). Pesquisando na literatura, verificamos que os artigos focalizados nos estados negativos ultrapassam fortemente os estados positivos, numa razão de 17 para 1 (Diener, Lucas & Oishi, 2002). O estudo do burnout enquanto factor de mal-estar associado á actividade profissional foi alargado. De acordo com essa análise, o engagement é encarado pelos investigadores como um constructo distinto de outros referidos habitualmente pela psicologia organizacional, como por exemplo, o comprometimento organizacional, a satisfação no trabalho, ou ainda, o envolvimento com o trabalho. Mais especificamente, o comprometimento organizacional está relacionado com a “fidelidade”, presença e compromisso de um colaborador para com a sua organização. A satisfação no trabalho é encarada como uma fonte de realização para o colaborador, libertando-os de dificuldades ou insatisfações, mas não abrangendo a relação da pessoa com o trabalho em si. O conceito de envolvimento com o trabalho aproxima-se do engagement com o trabalho, mas não inclui as dimensões de energia e eficácia. Assim, o engagement fornece uma perspectiva mais complexa e completa sobre a relação do indivíduo com o trabalho (Maslach et al., 2001).

Neste domínio, a investigação continua a aprofundar a compreensão entre estes dois conceitos, que apesar de relacionados com o contexto de trabalho, podem ser perspectivados de formas distintas. Mais concretamente, a literatura sugere que existem duas escolas de pensamento diferentes relativamente ao engagement.

Maslach e Leiter (1997) reformularam o conceito de burnout como uma erosão do compromisso com o trabalho. O que para o indivíduo era inicialmente importante, significativo e desafiador no contexto laboral torna-se desagradável, insatisfatório, e sem sentido. A energia transforma-se em exaustão; a participação transforma-se em cinismo e eficácia em ineficácia. Segundo estes autores, os conceitos de burnout e de engagement constituem pólos opostos de um mesmo continuo relacionado com o bem-estar no trabalho (continuo que vai desde a exaustão ao vigor que diz respeito à dimensão de activação ou energia; e o continuo que vai desde o cinismo a dedicação

que diz respeito à dimensão identificação). Nesse sentido, o burnout representaria o pólo negativo e o engagement o pólo positivo. Como já foi referido anteriormente, o burnout é definido como a síndrome de exaustão emocional, cinismo e reduzida eficácia profissional.

Por sua vez, o engagement é caracterizado por uma energia, envolvimento e eficácia, assumindo-se, desde logo, como os opostos directos das três dimensões de burnout, avaliados pelo questionário Maslach Burnout Inventory (MBI). Logo, o vigor e a dedicação são duas dimensões do engagement consideradas como os pólos opostos da exaustão e do cinismo (dimensões nucleares do burnout). Segundo estes autores, com base nos resultados obtidos através da avaliação do MBI, é também possível estabelecer um perfil do trabalhador “engaged”, associado ao modelo das seis áreas de desajustamento da pessoa ao trabalho já anteriormente mencionadas. Esse perfil “correspondente” incluiria uma carga de trabalho sustentável, um reconhecimento de escolha de sentimentos e controle adequado, de recompensa, um sentido de equidade, de justiça, com valor e significado no trabalho realizado.

Maslach e Leiter (1997), no seu estudo que envolveu duas unidades hospitalares verificaram que os funcionários de uma unidade apresentavam um perfil de “burnout” típico (ou seja, altas pontuações na exaustão e cinismo e baixa pontuação em eficácia), enquanto funcionários da outra unidade apresentavam um perfil oposto, ou seja, de engagement (baixa pontuação na exaustão, cinismo e pontuações mais elevadas na eficácia). Como esperado, os colaboradores da primeira unidade apresentaram também valores mais desfavoráveis na maioria das seis áreas relacionadas com o trabalho, em especial, no que respeita às recompensas e aos valores enquanto a outra unidade apresentou valores mais favoráveis com o controle da carga de trabalho, justiça e valores. Nesse sentido, através do instrumento utilizado (MBI), são sugeridos que os conceitos - burnout e engagement- sejam operacionalizados de uma forma inversamente proporcional, também para os seis domínios descritos no modelo anterior.

Com outra perspectiva de pensamento, Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaap e Kladler (2001) foram realizando novos estudos, em que introduziram o conceito do engagement, hipotetizado como o extremo oposto do burnout (Schaufeli, Salanova, González-Romá & Bakker, 2002b; Schaufeli, Martinez, Marques Pinto, Salanova & Bakker, 2002a).

Para estes autores, mesmo considerando o engagement como a antítese positiva do burnout, defendem que este não deve ser avaliado pelo perfil oposto conseguido através das pontuações do MBI. Referem, inclusive, que estes dois conceitos podem designar dois aspectos distintos do bem-estar do trabalhador, integrando uma taxonomia mais abrangente, constituída por duas dimensões independentes de prazer e de activação. De acordo com esta conceptualização, o burnout é caracterizado por baixos níveis de activação e de prazer; o engagement, por sua vez, é caracterizado por altos níveis de activação e de prazer. Com base nesta proposta teórica, Schaufeli e colaboradores (2002b, p.74) definem o engagement como *“um estado afectivo-motivacional, persistente e positivo de realização nos profissionais caracterizados pelo vigor, dedicação e absorção”*; que não se foca num objecto em particular, num evento, num indivíduo ou comportamento; que reflecte um estado da mente dos trabalhadores no presente imediato, podendo ser distinguido de um traço de personalidade, o qual tem uma disposição durável, e reflecte uma reacção típica da pessoa (Schaufeli & Salanova, 2007). O estado de vigor corresponde à demonstração de altos níveis de energia e resistência mental, com um forte desejo de esforço e persistência na realização das suas actividades e tarefas face às suas dificuldades. O estado de dedicação implica elevados níveis de entusiasmo, inspiração, orgulho e desafio no trabalho. Em relação á absorção, esta está relacionada com altos níveis de concentração e de felicidade durante o desempenho da actividade laboral, estando o profissional completamente absorvido, em que o tempo passa rapidamente (Bakker, Hakanen, Demerouti & Xanthopoulou, 2007; Schaufeli & Bakker, 2004; Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiro & Grau, 2000; Schaufeli & Bakker, 2004). Este conceito assume-se enquanto um fenómeno positivo, diferenciando-se, de uma forma oposta, às três dimensões negativas do burnout: exaustão, atitudes de despersonalização/cinismo e perda de realização/eficácia profissional (Gonzalez-Roma, Schaufeli, Bakker & Lloret, 2006; Maslach et al., 2001, 2008). Para estes investigadores, o facto do burnout e do engagement serem avaliados pelo mesmo instrumento, acarreta duas importantes consequências negativas. A primeira reside na questão de não ser expectável que os dois conceitos se apresentem correlacionados negativamente de uma forma perfeita. Isto porque um trabalhador que não se apresenta em burnout não significa necessariamente que esteja completamente “engaged” e vice-versa. A segunda diz respeito á dificuldade encontrada na construção

da relação entre estes constructos, uma vez que não é possível de ser investigada empiricamente aquando a avaliação é realizada pelo mesmo instrumento, ou seja, pelo mesmo questionário. Nesse sentido, e assumindo que o burnout e o engagement são dois conceitos distintos, devem ser avaliados de uma forma independente, através de instrumentos diferentes. Assim, é possível incluir ambos os constructos, em simultâneo numa mesma análise, para, por exemplo, apurar qual destes consegue explicar melhor uma determinada variável depois de a “oposta” estar controlada. Nesse sentido, estes autores desenvolveram um questionário para avaliar o engagement, designado por Utrecht Work Engagement Scale (UWES). Este instrumento inclui 17 itens que avaliam as três dimensões subjacentes: vigor, dedicação e absorção. Inicialmente, a UWES era constituída por 24 itens, mas depois de vários testes psicométricos, sete itens foram omissos e 17 itens foram retidos (Schaufeli et al., 2002b). Recentemente foi proposta uma versão reduzida do instrumento, composta por apenas 9 itens: a UWES-9 (Schaufeli, Bakker & Salanova, 2006), em que a dedicação, o vigor e a absorção são avaliados por três itens por dimensão. Estudos preliminares não publicados baseados em amostras de espanhóis e holandeses revelaram que todos os instrumentos apresentam valores recomendados para a consistência interna. As análises confirmatórias de factores revelaram que uma estrutura de três-factores apresenta melhores índices do que os sugeridos pelo modelo de um factor (Gonzalez-Roma et al., 2006; Bakker & Demerouti, 2006; Schaufeli et al., 2002b; Schaufeli et al., 2006), apesar de todos os estudos revelaram também correlações altas entre as três dimensões (correlações entre .60 e .99). Todas as correlações com as escalas de burnout do MBI são negativas, com correlações entre engagement e eficácia sendo o mais forte. É interessante notar que o burnout está relacionado principalmente às exigências do trabalho (por exemplo, sobrecarga de trabalho, exigências emocionais), enquanto o engagement está particularmente relacionado com os recursos do trabalho (por exemplo, controle do trabalho, disponibilidade de feedback, oportunidades de aprendizagem). Estudos anteriores demonstraram também a invariância factorial entre os países (Schaufeli et al., 2002a) e grupos raciais (Storm & Rothman, 2003) para profissionais de ocupações semelhantes.

Existem outras variáveis relacionadas com o bem-estar, para além do burnout, que também foram investigadas em relação ao engagement. Alguns estudos envolveram

as atitudes positivas em relação ao trabalho, tais como a satisfação no trabalho, o envolvimento com o trabalho, o compromisso organizacional e a baixa intenção de rotatividade parecem estar relacionadas “engagement”. Além disso, outros estudos revelaram que o engagement está positivamente relacionado com a saúde, revelando baixos níveis de depressão, de stress e queixas psicossomáticas (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001; Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiro & Grau, 2000; Schaufeli, Bakker & Van Rhenen, 2009). Nesse sentido, os trabalhadores “engaged” são caracterizados por um senso de energia e eficácia associada com as suas actividades no trabalho, e acham-se capazes para lidar com as exigências do trabalho; são agentes activos que tomam a iniciativa no trabalho; tentam olhar para novas mudanças no seu trabalho, e quando eles não sentem a mudança preferem mudar de trabalho. Logo, podem apresentar um nível elevado de mobilidade (ou seja, a capacidade para responder adequadamente as mudanças, adaptando-se rapidamente a novas situações); são pessoas cujo envolvimento no trabalho apresenta um nível de qualidade elevado, o qual é usualmente originado através do feedback positivo dos supervisores e da organização (por exemplo, promoção, salário, satisfação), assim como pelos clientes; são indivíduos que utilizam estratégias de coping eficazes e trabalham arduamente pois acham o trabalho “engraçado” e interessante; valorizam os aspectos intrínsecos do trabalho e aos recursos do mesmo, os aspectos interpessoais e as recompensas; são caracterizados por níveis elevados de neuroticíssimo em combinação com níveis elevados de extroversão. Importa ainda salvaguardar que este tipo de profissionais trabalha por longas horas, mas não são obcecados por este, ou “workaholics” (Schaufeli, Taris & Van Rhenen, 2008; Shimazu & Schaufeli, 2009) não negligenciam a sua vida social fora do trabalho, mas despendem o seu tempo na socialização (Bakker et al., 2007); apresentam uma boa saúde mental e psicossomática, exibindo também comportamentos proactivos e motivação no trabalho (Salanova et al., 2000).

Tendo consciência de que nem sempre é fácil reduzir as exigências no trabalho dos profissionais de Saúde, verificamos na literatura que algumas características do trabalho parecem fomentar o bem-estar nos enfermeiros, mesmo em situações de excesso de trabalho, surgindo o conceito de engagement. Concretamente, as sucessivas mudanças organizacionais e, principalmente, as mudanças inerentes às organizações de saúde contribuem para a necessidade de surgirem novas investigações que se foquem

nas contribuições dos seus colaboradores para o sucesso organizacional, ajudando a que estas sobrevivam e prosperem em ambientes adversos e competitivos. Logo, torna-se importante para as organizações tornarem os seus colaboradores mais vigorosos, dedicados e absorvidos no seu trabalho, ou seja, mais “engaged”. O engagement no trabalho tem um papel crucial no desenvolvimento do capital humano, sendo um elemento essencial na saúde e bem-estar dos colaboradores, ajudando-os a lidar com as elevadas exigências no trabalho e criando um elo positivo entre os resultados individuais com a organização (Bakker, Schaufeli, Leiter & Taris, 2008).

### **3. Burnout e satisfação com o trabalho**

O interesse na satisfação com o trabalho tem suscitado o interesse da comunidade científica, conduzindo a um crescimento da literatura nesta temática. Nas últimas décadas, temos assistido a uma preocupação crescente com o significado que o trabalho ocupa na vida das pessoas, assumindo que o seu grau de satisfação está relacionada com os aspectos do comportamento laboral, tais como, a produtividade, o desempenho, o stress, a satisfação do cliente, o absentéismo, a rotatividade e a intenção em abandonar a profissão (Abualrub & Al-Zaru, 2008; Garrosa, Rainho, Moreno-Jiménez & Monteiro, 2010).

Embora a satisfação com o trabalho possa ser encarada de formas distintas, as definições propostas parecem ser consensuais de que se trata de um conceito multidimensional (Jayaratne, Himle & Chess, 1991; Locke, 1976; Tsigilis, Koustelios & Togia, 2004; Rice, McFarlin & Bennet, 1989). Por exemplo, Locke (1976, p. 1300) considera que a satisfação no trabalho pode ser definida como *"um estado emocional positivo ou agradável resultante da avaliação pessoal da sua experiência com o trabalho"*. Smith, Kendall e Hullin (1969, p. 6) sugeriram que *"a satisfação com o trabalho são os sentimentos ou as respostas afectivas à própria situação laboral"*. Dawis e Lofquist (1984) definiram a satisfação com o trabalho como o resultado da avaliação realizada pelo trabalhador na medida em que o ambiente de trabalho atende às suas necessidades. Balzer, Kihm, Smith, Irwin, Bachiochi, Robie, Sinar e Parra (1997, p. 10) propõem a satisfação com o trabalho como *"os sentimentos que um trabalhador apresenta relativos à sua actividade profissional, no que respeita a*

*experiências anteriores, expectativas actuais ou alternativas disponíveis*". Segundo Lease (1998), estas definições são entre si bastante semelhantes, uma vez que a satisfação com o trabalho está relacionada com a perspectiva afectiva que o profissional apresenta sobre o seu papel desempenhado na organização. Na generalidade, os grupos-alvo dos esforços da investigação têm-se debruçado nos profissionais de “colarinhos azuis”, “colarinhos brancos” e da área da gestão (Koustelios, 1991; Lee & Wilbur, 1985). Outros autores, como Adam e Bond (2000), defendem que as teorias da satisfação com o trabalho podem ser encaradas pelo trabalhador de três formas distintas: na medida em que as suas necessidades e fontes de prazer estão inseridas no seu local de trabalho; as avaliações das recompensas de emprego baseiam-se nas comparações sociais entre os trabalhadores e, por fim, o foco da satisfação com o trabalho reside na motivação dos profissionais.

O impacto da satisfação laboral nas organizações pode ter como resultado uma redução dos custos associados a uma produtividade inferior, à formação de novos funcionários, novas contratações ou substituições. O estudo da satisfação no trabalho dos profissionais de saúde é particularmente importante, tanto do ponto de vista teórico, social e económico. As instituições de saúde, enquanto organizações altamente complexas, hierarquizadas, com uma heterogeneidade de pessoal, constituída por diferentes departamentos e serviços, possibilitam o estudo da contextualização e a variação profissional na satisfação no trabalho (Balzer et al., 1997). Estas organizações, por terem tradicionalmente associado o conceito de estabilidade, apresentam a vantagem de permitir o estudo dos efeitos cumulativos do stress sobre a satisfação com o trabalho, assim como observar as mudanças ao longo do tempo. Devido às directivas da união europeia, a satisfação com o trabalho assume-se como um importante indicador dos sistemas de controle de qualidade para as instituições de saúde (Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2001).

A literatura identifica vários modelos teóricos relativos ao stress no contexto de trabalho (Karasek & Theorell, 1990; Warr, 1987; Siegrist, 1996), e com particular interesse nos estudos com amostras de profissionais de saúde (Bakker, Kilmlmer, Siegrist & Schaufeli, 2000; De Jonge & Schaufeli, 1998). Este fenómeno, que tem vindo a ser explorado de uma forma aprofundada pelos investigadores (Utriainen & Kynga, 2009), foi significativamente marcado pelo interesse crescente associado à



síndrome de burnout. Enquanto reacções afectivas ao trabalho, os estudos realizados têm demonstrado que existe uma relação entre a satisfação com o trabalho e o burnout, evidenciando uma associação moderada a alta (Dolan, 1987; Koustelios & Tsigilis, 2005; Tsigilis et al., 2004), assumindo-se estes dois conceitos como multidimensionais (Campbell & Taylor, 1996; Thompson, 2000).

Embora o Maslach Burnout Inventory (MBI) seja utilizado para avaliar o burnout, apenas apresenta um item que avalia a satisfação no trabalho, não conseguindo abranger a sua multidimensionalidade. Nesse sentido, Maslach e colaboradores (2001, 2008) salientaram a necessidade em analisar o carácter distintivo do conceito de burnout em relação a outros conceitos, como por exemplo, a satisfação com o trabalho. Nesse sentido, a literatura sugere que se verifique uma associação entre as dimensões da satisfação com o trabalho e burnout, através de estudos quantitativos, com recurso a estruturas de modelos multifactoriais (Barrick, 1989; Dolan, 1987; McIntyre & McIntyre, 2007). No seu estudo, Tsigilis e colaboradores (2004), verificaram que a relação entre a satisfação com o trabalho e a exaustão emocional foi elevada e negativa. Esta relação negativa implica que uma maior satisfação no trabalho tende ser acompanhada por níveis mais baixos de burnout. A satisfação surge associada negativamente com a exaustão emocional e com a despersonalização e positivamente com a realização pessoal, seguindo a tendência de outros estudos publicados anteriormente (Brewer & Clippard, 2002; Happel, Martin & Pinikahana, 2003).

Diversos estudos têm investigado a influência de factores demográficos, como a idade e o género em relação á satisfação com o trabalho. Na generalidade, os trabalhadores mais velhos tendem a estar mais satisfeitos com os seus empregos do que os trabalhadores mais jovens (Ward & Cowman, 2007). Este facto pode estar relacionado com melhores condições e maiores recompensas no trabalho, ou eventualmente, porque estes profissionais tendem a valorizar aspectos diferentes no trabalho (Warr, 2001). Outros autores consideram que a relação entre idade e satisfação no trabalho varia, diminuindo pelos 30 anos e aumentando gradualmente até ao final da carreira, pelos 60 anos (Clark, Oswald & Warr, 1996). Estudos realizados nos Estados Unidos e no Reino Unido têm evidenciado que as mulheres apresentam maior satisfação no trabalho do que os homens (Clark, 1997; Sousa-Poza & Sousa-Poza,

2000). No entanto, na meta-análise realizada por Greenhaus e Parasuraman (1999) não encontrou diferenças consistentes entre o género e a satisfação com o trabalho.

Outras investigações têm explorado o papel das características profissionais na satisfação com o trabalho. Nesse sentido, a formação educacional não tem sido consistentemente relacionada com a satisfação com o trabalho, embora se verifique uma tendência de uma maior satisfação em trabalhadores mais qualificados (Clark, 1997; Clark, et al., 1996). Brown e McIntosh (2003) observaram que a satisfação com o trabalho mais elevada está relacionada com a antiguidade, a formação profissional, as oportunidades percebidas e com a estabilidade no emprego. McIntyre & McIntyre (2010) referem que o nível de ensino emergiu como o factor demográfico mais importante correlacionado com as dimensões da satisfação com o trabalho. Algumas investigações abordam os resultados referentes à existência de filhos, ainda que menos explorados. Assim, poderíamos identificar um perfil composto por profissionais do género masculino, com crianças, maior qualificação, funções de supervisão, mais anos na profissão, e a trabalhar em regime de turnos, que se apresentam mais satisfeitos com o trabalho. Estudos sugerem que algumas variáveis encontram-se mais correlacionadas com as dimensões da satisfação com o trabalho (os anos de profissão) enquanto outras como as características organizacionais, se assumem mais como preditores (Jex & Britt, 2008). Nesse sentido, as variáveis demográficas explicam uma menor variância explicada da satisfação com o trabalho do que as variáveis profissionais.

De acordo com Kanter (1993) e Sarmiento, Laschinger e Iwasiw (2004), os factores estruturais relacionados com o ambiente de trabalho apresentam um maior impacto sobre as atitudes e comportamentos dos profissionais do que as predisposições pessoais ou experiências de socialização. Este autor descreve as estruturas de capacitação organizacional da seguinte forma:

- Informação: o facto do profissional ter conhecimento das decisões, políticas e metas da organização, bem como o conhecimento técnico e as habilidades necessárias para ser eficaz no contexto mais amplo da organização fornece-lhe um sentido de propósito e de significado, aumentando a sua capacidade para fazer julgamentos e decisões que contribuam significativamente para os objectivos organizacionais;

-Suporte: inclui o feedback e a orientação recebida pelos superiores, pares e subordinados. Este pode ser constituído por apoio emocional, conselhos úteis, ou inter ajuda no desempenho das suas funções;

-Recursos: refere-se à capacidade do indivíduo para aceder aos recursos materiais como equipamentos, verbas, disponibilidade necessária para atingir os objectivos organizacionais;

- Oportunidades de mobilidade e de crescimento pessoal e profissional: implica o acesso a desafios, recompensas e ao desenvolvimento no âmbito profissional, relacionado com oportunidades para aumentar conhecimentos e habilidades. Estas oportunidades podem concretizadas através da participação em congressos, comissões, tarefas, e/ou grupos de trabalho interdepartamentais que possibilitam a troca de experiências com outros profissionais de áreas diferentes da organização.

De salvguardar que o acesso a estas estruturas é condicionado pelas características formais e informais do trabalho. Assim, o “empoderamento formal” está relacionado com trabalhos flexíveis, centralizados nos objectivos da organização e que permitem aos funcionários a estimulação da criatividade e a participação nas decisões. O “empoderamento informal” deriva do desenvolvimento de relacionamentos eficazes, com canais de comunicação abertos com patrocinadores, colegas, subordinados e grupos multifuncionais, dentro e fora da organização.

#### **4. Burnout e variáveis de personalidade**

A actividade profissional, com todas as suas contrariedades e constrangimentos, revela-se desde logo, como um factor que contribui para a construção e desenvolvimento da personalidade, quer pelas experiências que proporciona, quer pelas tarefas, quer pelo ambiente social. No trabalho, o indivíduo confronta-se com uma diversidade de tarefas que tem de desempenhar, sejam elas rotineiras ou excepcionais, simples ou complexas, rápidas ou demoradas. Essas tarefas constituem desafios de várias ordens e, nesse sentido, também constituem oportunidades de superação para o indivíduo. A forma como o indivíduo supera tais dificuldades, como executa essas tarefas e os resultados que obtém, fornecem-lhe informações sobre as suas capacidades, competências e potenciais. Esta informação reforça, ou reformula a imagem de si

mesmo, sendo assim, integrada na personalidade (Ramos, 2001). Nesse sentido, podemos considerar que o trabalho se assume como um elemento crucial na estruturação da personalidade. Curiosamente, este permite a expressão e a realização de uma personalidade em construção e, em simultâneo, fornece-lhe matéria para a sua própria reinvenção. Assim, o trabalho tanto pode proporcionar bem-estar, equilíbrio, realização pessoal e saúde, como mal-estar, desequilíbrio, stress, frustração e doença, assumindo-se como uma das dimensões fundamentais da existência humana.

Nesse sentido, na articulação entre a actividade profissional e as características individuais, o trabalho estimula e proporciona a expressão e a realização das tendências profundas da personalidade. Assim, o trabalho assume-se como um meio de expressão individual e de desenvolvimento, em que a personalidade do indivíduo condiciona a forma como este percebe e interpreta as diferentes situações do seu quotidiano. Por outro lado, parece ser aceite pela comunidade científica que a personalidade sofre alterações ao longo da vida, recriando-se e transformando-se em função das relações e transacções nas diferentes dimensões da vida do sujeito. Por isso, a personalidade não pode ser concebida somente como um simples produto de elementos biológicos ou sociais, mas contemplando também a interacção dos factores inatos (hereditariedade, temperamento, carácter, entre outros) e dos factores adquiridos. Nesta linha de pensamento, é muito importante que a personalidade seja considerada como um fenómeno em constante mudança, salvaguardando, no entanto, que existem elementos estáveis ou estruturais que se sobrepõem ao tempo e tornam decisivos para a compreensão do comportamento (Hall & Lindzei, 1993).

A investigação realizada nas áreas da personalidade e da psicologia social documenta que a vulnerabilidade aos agentes e fontes de stress difere de pessoa para pessoa, de acordo com as suas características individuais. Os traços de personalidade surgem na literatura como preditores significativos do burnout. Alguns estudos destacam para a atenção do papel da afectividade negativa ou neuroticíssimo no burnout (Iacovides, Fountoulakis & St. Kaprinis, 2003; Kim, Shin & Swanger, 2009), outros para a relação entre o burnout e a personalidade do tipo A (Ganster, 1986; Kirmeyer, 1988), para o papel do hardiness (Rush, Schoel & Barnard, 1995) e no papel da afectividade positiva ou extroversão (Kahn, Schneider, Jenkins-Henkelman & Moyle, 2006).

Segundo Kim e colaboradores (2009), o modelo de personalidade Big Five é o mais citado na investigação relacionada com o burnout (Allen & Mellor, 2002; Goddard, Patton & Creed, 2004; Hudek-Knežević, Maglica & Krapić, 2011), embora as conclusões tecidas nem sempre são convergentes e consistentes. Contudo, a literatura realça o neuroticíssimo como a característica individual mais fortemente relacionado com o burnout das dimensões dos cinco factores (Hudek-Knezević et al., 2011). Alguns estudos revelam que a extroversão está relacionada negativamente com a exaustão emocional; a agradabilidade está relacionada negativamente com a despersonalização; a consciência e a agradabilidade estão positivamente relacionadas com a realização profissional enquanto o neuroticíssimo está relacionado positivamente a exaustão emocional e a despersonalização (Bakker et al., 2000; Hudek-Knezević et al., 2011; Kim et al., 2007).

Na perspectiva das características de personalidade, encontramos o conceito de resiliência. Muitas vezes comparado a um escudo protector que alguns indivíduos teriam, segundo Ralha-Simões (2001, p.70) assume-se como uma possibilidade de flexibilidade interna que lhes tornaria possível agir com sucesso, adaptando-se perante as adversidades, e como tal, o *“indivíduo resiliente parece apresentar uma estrutura de personalidade precoce e adequadamente diferenciada, a par com uma grande capacidade de abertura a novas experiências, novos valores e a factores de transformação dessa mesma estrutura, que apesar de ser bem estabelecida, é flexível e não apresenta resistência à mudança”*. De acordo com as investigações e as tentativas de aplicação no terreno encontradas até ao momento, a resiliência pode ser abordada tanto como um conceito ou traço de personalidade, como o resultado de um processo, o próprio processo ou um modo específico de funcionamento. Ainda, noutros estudos, é feita a referência ao conceito de *hardiness*, que diz respeito ao constructo de personalidade resistente (Mallar & Capitão, 2004; Kobasa, Maddi & Kahn, 1982).

O constructo de personalidade resistente, doravante designada por *hardiness*, advém de conceitos teóricos do existencialismo, para o qual o indivíduo, ao longo de sua vida, das suas acções, de uma forma contínua, vai construindo sua personalidade, com inevitáveis mudanças associadas a situações stressantes (Peñacoba & Moreno, 1998). Este conceito não pode ser entendido como um traço inerente e estático, mas como o resultado da relação entre indivíduo-meio, no qual o *hardiness* traduz a

capacidade de o indivíduo resistir às adversidades. Durante os últimos 20 anos, a concepção de hardiness emergiu como disposição de personalidade que aumenta o desempenho, a conduta, a moral, a força e a saúde, actuando assim como um preditor negativo do stress e consequentemente do burnout. Alguns estudos mostram que os mecanismos desta variável de personalidade podem preservar a saúde, aumentar o desempenho e promover mudanças na vida, tornando-a menos stressante (Moreno-Jimenez et al., 2000). O conceito de hardiness foi desenvolvido por Kobasa, Maddi e Kahn, em 1982, no sentido de protecção em face de estímulos que causam grande stress. Surge como uma constelação de características de personalidade que funcionam como uma fonte de resistência em relação a acontecimentos de vida stressantes. Salton (2002) compara essa resistência ao stress a um “colete à prova de bala”, composto por características de personalidade como a ousadia, ausência de sentimentos de desamparo e estilo activo e não-passivo de viver, podendo ser resumidas, em três dimensões: compromisso, controle e desafio. As pessoas com estas características, podem beneficiar tanto da sua autonomia como da sua intencionalidade, sentindo-se com capacidade de actuar de forma efectiva e por conta própria. A capacidade de controlo permite ao indivíduo perceber muitos dos acontecimentos geradores de stress, as consequências previsíveis em função das suas próprias acções e, consequentemente manipulá-los de acordo com os estímulos em benefício próprio.

Terminado o enquadramento geral do tema, apresentamos seguidamente a metodologia dos estudos empíricos realizados.



## **CAPÍTULO II**

### **METODOLOGIA**





Neste capítulo descreveremos a metodologia que suportou a realização dos estudos empíricos, apresentando as hipóteses formuladas e os instrumentos aplicados, bem como os procedimentos de recolha dos dados, terminando com uma breve caracterização da amostra.

## **1. Objectivos e hipóteses**

Tendo em consideração os resultados encontrados na pesquisa bibliográfica efectuada, este trabalho aborda os conceitos de hardiness, do burnout e engagement dos enfermeiros, não descurando outros factores relacionados como a satisfação com o trabalho, que consideramos não terem sido ainda devidamente explorados. Não encontramos, até ao momento, nenhum outro estudo que avaliasse a existência e a inter-relação destas variáveis nesta amostra específica de Profissionais de Saúde. Assim, colocamos como objectivos:

- a) conhecer a prevalência de burnout nos Enfermeiros;
- b) identificar os níveis de engagement, hardiness e satisfação com o trabalho;
- c) verificar se o burnout, engagement, hardiness e satisfação com o trabalho variam em função de variáveis sociodemográficas e laborais;
- d) conhecer a relação entre burnout e engagement;
- e) verificar se hardiness, engagement e satisfação com o trabalho são antecedentes preditores da síndrome de burnout nestes profissionais.

Tentaremos verificar desta forma se os traços de personalidade como o hardiness influenciam o burnout, ou se este depende mais de variáveis laborais como o engagement e a satisfação com o trabalho. Colocamos como hipótese que o burnout depende mais de características individuais como os traços de personalidade, pois depende da forma de como o trabalhador enfrenta o stress e exigências laborais. Consideramos que os resultados obtidos serão cruciais para auxiliar na implementação de estratégias de intervenção/prevenção do burnout que considerem mais as características individuais protectoras ou então possibilitem aos enfermeiros enfrentar melhor o burnout em função de variáveis laborais, sabendo-se que as características individuais são mais fáceis de gerir do que propor modificações ao nível das

organizações. Estes objectivos serão concretizados nos diferentes estudos empíricos que apresentaremos, mais detalhadamente, nos capítulos seguintes.

## **2. Instrumentos**

Em função dos resultados encontrados na literatura, dos objectivos deste estudo, da disponibilidade dos sujeitos em responder e da nossa experiência pessoal, decidimos recorrer a um questionário como instrumento de recolha de dados. Nesse sentido, durante o processo de tomada de decisão sobre a escolha dos instrumentos que iríamos utilizar, tivemos particular cuidado em obter garantias sobre a sua adequação e validade para avaliar os constructos que pretendíamos de facto mensurar, e da unanimidade que reuniam em torno de si em relação da sua apropriação para serem utilizados junto da população com as características dos participantes que constituíam a nossa amostra. Privilegiamos, assim, as medidas de avaliação que nos pareceram ter melhores características discriminantes, cuja utilização estivesse mais difundida na investigação e que estivessem adaptadas (ou em processo de validação) se possível, até ao momento, para a população portuguesa, com base numa consulta sistemática da literatura da especialidade. De acordo com Martins (2011), a construção de instrumentos não é uma prática recomendada se já se verificar a validação de um instrumento numa determinada língua. Assim, parece ser mais aconselhado a adaptação desse instrumento para a cultura e a língua onde se deseja estudar o fenómeno (Ferrer, Alonso, Prieto, Plaza, Monsó & Marrades, 1996). Este processo de adaptação, bem como a análise dos índices psicométricos assumem uma grande importância, uma vez que se a adaptação semântica e/ou tradução não foi adequada, podem colocar em causa a análise dos resultados de validade e de confiabilidade dos instrumentos. Assim, nesta investigação em particular, tivemos a preocupação em utilizar instrumentos já divulgados em outros estudos sobre o tema, estabelecer contactos via correio electrónico ou pessoais com os respectivos autores, tendo em simultâneo, a preocupação nas possíveis respostas sociais institucionalmente tradutoras de representações profissionais e desejabilidades pessoais. Nesse sentido, construímos a versão da “bateria” com os diferentes instrumentos que fomos testar com uma população de características idênticas (40 profissionais de enfermagem) no sentido de aferirmos a compreensão das questões e

do tempo de preenchimento utilizado, avaliando em simultâneo as qualidades psicométricas dos instrumentos do questionário nomeadamente para os instrumentos C.L.S. S20/23 (Cuestionario de Satisfacción Laboral S20/23) e P.V.S. (Personal Views Survey), uma vez que foi efectuada a tradução e adaptação a partir de originais de outra língua ou português do Brasil.

Após algumas sugestões e reformulações, o questionário, enquanto instrumento de recolha de dados, ficou pronto a ser aplicado, sendo constituído essencialmente por cinco grandes grupos de questões<sup>2</sup>, utilizando, sempre que possível, o mesmo grau de intensidade de resposta nas escalas de Likert, assim como uma formatação semelhante, tentando que o instrumento apresentasse um formato de fácil autopreenchimento e compreensão, indo ao encontro aos objectivos da investigação. Detenhamo-nos então sobre a descrição de cada instrumento utilizado.

Assim, no **Grupo I** englobámos todas as informações caracterizadoras dos sujeitos que constituíram a amostra, bem como algumas questões com relevância nas variáveis em estudo. Incluímos como características sociodemográficas, a idade, o género, o estado civil, existência de filhos, as habilitações literárias e como características laborais a actividade profissional, o local de trabalho, o horário praticado, a carga horária semanal, o serviço onde desempenha as funções, os anos de serviço na instituição e no serviço actual, a existência de pluriemprego, a categoria profissional, o vínculo profissional e o desempenho de cargos. Incluímos ainda questões que pretendiam avaliar o grau de satisfação e de motivação para o trabalho, as razões desta insatisfação no trabalho (através de uma lista de escolha múltipla) e ainda, se existiam intenções de mudar de profissão, de instituição e de serviço na instituição onde desempenham funções no momento actual se tivessem, para isso, oportunidade, com base nas sugestões pertinentes facultadas pelos profissionais da área ao longo das conversas estabelecidas.

No **Grupo II**, apresentamos o instrumento destinado a avaliar o burnout, recorrendo para tal ao MBI-HSS (*Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey*, de Maslach & Jackson, 1996). Ao longo da nossa pesquisa bibliográfica, este instrumento foi o que mais se destacou nos estudos encontrados, tendo utilizado uma versão portuguesa adaptada da versão espanhola, população europeia com

---

<sup>2</sup> Devido ao recurso de instrumentos de avaliação psicológica nesta investigação, os mesmos não serão disponibilizados na íntegra nesta tese, mas serão facultados aos elementos do Júri.

características mais próxima da nossa, já utilizada em outros estudos com amostras portuguesas (Mendes, 2005; Vara, 2008), numa versão cedida por Marques-Pinto (2009). Por outro lado, este instrumento avalia a natureza e tipologias de conformidade na relação laboral, em especial o impacto de diversos tipos de desgaste provocados pelo trabalho, pelo que consideramos que seria o instrumento mais adequado a ser utilizado. O MBI-HSS é constituído por 22 itens, em que o participante tem que assinalar a frequência com que vive ou sente várias situações descritas, cujas opções de resposta se encontram formuladas numa escala de Likert de 7 pontos, que vão do zero (nunca) aos seis (todos os dias). Contêm na sua organização as três dimensões que medem a Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal. A dimensão de Exaustão Emocional é composta por 9 itens avaliando sentimentos do profissional se sentir esgotado pelo seu trabalho (por exemplo: "Sinto-me emocionalmente esgotado(a) pelo meu trabalho"). A exaustão emocional pode definir-se como o desgaste, perda de energia, esgotamento e fadiga e pode manifestar-se física e/ou psiquicamente. A dimensão de Despersonalização (5 itens) avalia os sentimentos e atitudes negativas para com os Utentes (por exemplo: "Sinto que trato alguns doentes como se fossem objectos impessoais"). Os itens desta subescala descrevem uma resposta interpessoal e fria face aos receptores dos serviços ou cuidados do profissional. A despersonalização revela uma interacção negativa nas atitudes e respostas em face de outras pessoas, especialmente face aos beneficiários do seu trabalho, acompanhado de um aumento de irritabilidade e perda de motivação. A dimensão de Realização pessoal (8 itens) avalia os sentimentos de eficácia e competência profissional (por exemplo: 'Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho'). Esta subescala contém elementos que descrevem sentimentos de competência e êxito no seu trabalho com pessoas. Supõe uma série de respostas negativas em relação si próprio e ao seu trabalho, típicas da depressão, como evitamento das relações interpessoais-profissionais, baixa produtividade, incapacidade para suportar a pressão e baixa auto-estima. A validade factorial deste instrumento tem sido amplamente estudada em diferentes amostras e países (Chayu & Kreitler, 2011; Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005; Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009a), cujos resultados recomendam para a utilização de soluções com três factores, assumindo-se o burnout como um constructo tridimensional (exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização

peçoal), remetendo para o não uso do score total do MBI como uma única variável, de acordo com as recomendações do manual elaborado pelas autoras (Maslach, Jackson & Leiter, 1996). Estas autoras referem ainda que o burnout é conceptualizado como uma variável contínua, podendo ser classificado como algo que é experienciado num grau baixo, moderado ou elevado. Por isso, não pode ser encarado como uma variável dicotómica. Nesse sentido, um elevado grau de burnout é reflectido em elevados resultados nas dimensões de exaustão emocional e despersonalização e em baixos resultados na dimensão da realização pessoal.

No **Grupo III**, apresentamos o instrumento que pretende avaliar o hardiness, através do P.V.S. (*Personal Views Survey*, de Kobasa, Maddi & Puccetti, 1982). Este questionário pertence à terceira geração de instrumentos para a medida de personalidade resistente, que surgiu como consequência das críticas referidas à utilização de indicadores negativos para avaliar a saúde. Utilizamos nesta investigação a versão adaptada de Mallar e Capitão (2004), que teve como base a versão espanhola de Moreno-Jiménez e colaboradores. (2000). Este instrumento, também utilizado em diversos estudos na literatura, é composto por 50 itens e integra três dimensões: controle, compromisso e desafio. A frequência com que o participante experimenta sentimentos relativos a cada questão é avaliada numa escala de quatro pontos tipo escala de Likert que varia de zero (“Discordo totalmente”) a três (“Concordo plenamente”). A dimensão do compromisso (16 itens) é caracterizada por tendência a pessoa se envolver e identificar com o significado do seu próprio trabalho (por exemplo: "Realmente preocupo-me com o trabalho"). A dimensão do controle (17 itens) consiste na capacidade da pessoa pensar e agir segundo as suas próprias convicções, mesmo em situações geradoras de stress (por exemplo: "Sinto frequentemente que através do que faço hoje posso mudar o que ocorre amanhã"). A dimensão do desafio (17 itens), em que pode ser compreendida como todas as situações geradoras de oportunidades e incentivos ao crescimento pessoal (como exemplo: “Eu gosto que exista uma grande variedade no meu trabalho”). Valores mais elevados em cada uma das dimensões indicam maior hardiness, podendo ser encontrado o score total deste constructo, que corresponde ao somatório do valor médio ponderado das suas dimensões.

No **Grupo IV** pretendemos avaliar a satisfação com o trabalho em diferentes contextos organizacionais utilizando, para isso, o C.S.L. S20/23 (*Cuestionario de*

*Satisfacción Laboral S20/23* de Meliá & Peiró, 1989), que adaptamos a partir das traduções cedidas, por Pocinho e Garcia (2008) e Carlotto (2008). Este instrumento, que é constituído por 23 itens, engloba cinco dimensões: a satisfação com a supervisão, a satisfação com o ambiente físico de trabalho, a satisfação com os benefícios e políticas da organização, a satisfação intrínseca do trabalho e a satisfação com a participação. Mais especificamente, em relação a cada dimensão, verificamos que a satisfação com a supervisão é composta por 6 itens (por exemplo: “As relações pessoais com os seus Supervisores”); a satisfação com o ambiente físico do trabalho apresenta 5 itens (por exemplo: “A limpeza, a higiene e a salubridade do local de trabalho”); a satisfação com os benefícios e políticas da organização é composta por 5 itens (por exemplo: “O salário que recebe”); a satisfação intrínseca no trabalho engloba 4 itens (por exemplo: “O seu trabalho enquanto factor de realização”) e a satisfação com a participação é constituída por 3 itens (por exemplo: “A sua participação nas decisões relativas à instituição”). Cada participante pode avaliar cada item numa escala de sete pontos numa escala tipo Likert que varia de um (“Extremamente insatisfeito”) a sete (“Totalmente satisfeito”). Valores mais elevados em cada dimensão revelam maior satisfação com o trabalho, podendo ser encarada como uma única variável, cuja pontuação final resulta do somatório do valor médio ponderado das suas dimensões<sup>3</sup>.

No **Grupo V** pretendíamos avaliar o bem-estar relativamente ao trabalho, ou seja, o engagement, através do UWES (Utrecht Work Engagement Scale, de Schaufeli & Bakker, 2003) com base na versão traduzida cedida por Marques-Pinto (2009b). Este instrumento incluiu 17 itens que medem três dimensões: o vigor, a dedicação e a absorção. Especificamente, seis itens avaliam o vigor (por exemplo: “Sinto-me com muita energia”), cinco itens avaliam a dedicação (por exemplo: “O meu trabalho inspira-me”) e seis itens avaliam a absorção (por exemplo: “Quando estou a trabalhar esqueço tudo o que se passa à minha roda”). As respostas dos participantes foram obtidas através de uma escala tipo Likert de 7 pontos, de zero (“nunca”) a seis (“todos os dias”). Valores

---

<sup>3</sup> Salvaguarda-se, que nos estudos empíricos apresentados posteriormente nesta investigação, seguiram-se as recomendações originais preconizadas pelos autores, com base nos referenciais teóricos e de acordo com as hipóteses de estudo. No entanto, e sempre que possível, pretendeu-se explorar as relações entre as dimensões que compõem os constructos, recorrendo-se por isso, somente no último estudo, ao score total dos instrumentos.

mais elevados em cada dimensão revelam um maior bem-estar no trabalho, ou seja, maior engagement.

Efectuamos assim, num primeiro momento e por termos utilizado traduções/adaptações de instrumentos em língua estrangeira já divulgadas em outros estudos, análises das qualidades psicométricas dos instrumentos, que se revelaram satisfatórias, de acordo com os critérios propostos por Bryman e Cramer (2003) e Field (2009). Tendo em consideração que nesta investigação as nossas variáveis são constructos psicológicos, quando comparamos o Alpha de Cronbach obtido com os dados originais dos estudos disponíveis para cada subescala de cada instrumento acima mencionados, verificamos que nesta amostra os alfas são bons, consistentes e muito aproximados aos alfas originais (Tabela 1).

Tabela 1. Medidas de dispersão e confiabilidade dos instrumentos

	<b>Subescala</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>alfa 1*</b>	<b>alfa 2**</b>
<b>MBI</b>	Exaustão	0	6	.883	>.90
	Despersonalização	0	6	.702	>.79
	Realização Pessoal	0	6	.766	>.71
	Compromisso	0	3	.754	.70
<b>PVS</b>	Controle	0	3	.720	.70
	Desafio	0	3	.608	.70
	Satisfação Supervisão	1	7	.909	.89
<b>CLS</b>	Satisfação Ambiente Físico	1	7	.896	.81
	Satisfação Benefícios Politicas	1	7	.836	.76
	Organização	1	7	.796	.80
	Satisfação Intrínseca	1	7	.778	.78
	Satisfação Participação	1	7	.818	.79
<b>UWES</b>	Vigor	0	6	.871	.89
	Dedicação	0	6	.794	.73
	Absorção	0	6		

\* alfa 1 = alfa na nossa amostra

\*\*alfa 2 = alfa do estudo original citado no grupo do questionário



### **3. Procedimento de recolha e análise dos dados**

O presente estudo foi realizado com Profissionais de Enfermagem que exercem funções em instituições de saúde públicas do distrito do Porto. Uma análise preliminar não revelou diferenças significativas para as dimensões das variáveis estudadas dentro da mesma localidade, considerando-se por isso, todos os dados como uma amostra única.

Para procedermos à recolha de dados, foram desenvolvidas todas as acções necessárias à operacionalização do estudo empírico, cumprindo e respeitando todos os requisitos ético-legais. Assim, foi elaborado um pedido de colaboração dirigido aos Presidentes dos Conselhos de Administração das instituições, com a apresentação dos objectivos da investigação em curso. Após a aprovação das respectivas Comissões de Ética, todas as instituições abordadas emitiram um parecer favorável à realização do estudo, com a contrapartida da devolução posterior dos dados recolhidos. Obtidas as autorizações formais, seguiram-se várias entrevistas com os Directores e Chefias de Enfermagem dos Serviços, onde foram explicados, de forma mais detalhada, todos os objectivos e o âmbito do estudo, apresentado o questionário, assim como a negociação da melhor estratégia da aplicação dos questionários, visando assegurar o maior número de respostas possíveis. De acordo com as indicações sugeridas, demos início à recolha dos dados junto dos enfermeiros. De salientar que de uma forma geral, houve boa receptividade ao nosso estudo, tendo-se obtido uma grande disponibilidade e interesse na participação por parte dos Profissionais dos serviços. Avaliamos, por isso, como muito positiva a forma como estes profissionais rapidamente se identificavam com o objecto de estudo e como, quando tinham oportunidade, comentavam algumas partes do questionário, partilhando dificuldades sentidas no desempenho das suas tarefas e pedidos de propostas de intervenção, nomeadamente por parte das Chefias.

A amostra foi de tipo voluntário (acidental), conseguida a partir da selecção de um subconjunto de sujeitos de serviços por amostra de conveniência (semi intencional), tentando-se ter uma representação significativa dos Serviços envolvidos, com o maior número possível de participantes (Polit & Hungler, 1995). Pode-se dizer que, apesar de se poder considerar uma amostra representativa da população alvo e dos fenómenos investigados serem homogéneos, existe algum risco de tendenciosidade em relação à interpretação dos resultados obtidos no estudo em relação aos serviços, não sendo

possível efectuar uma generalização das conclusões elaboradas a partir dos resultados aí obtidos. Consideramos, por isso que a amostra, apesar de intencional no Serviço, é aleatória nos participantes, não colocando critérios de exclusão na sua participação no estudo, pois todos os Profissionais dos serviços envolvidos, em regime laboral activo, tiveram a oportunidade de preencher o questionário, cuja exigência residia apenas da sua vontade em colaborar de uma forma construtiva para o estudo.

A recolha de dados foi efectuada entre Janeiro a Novembro de 2010, através de um questionário de autopreenchimento, confidencial, com a garantia da anonimização das informações recolhidas, com um tempo médio de preenchimento de 20 minutos.

Em data previamente agendada, os questionários foram entregues aos Responsáveis de cada Serviço, que acordaram em assumir a divulgação/sensibilização do estudo e distribuição dos questionários junto da restante equipa de Enfermagem (por exemplo, nas passagens de turno, nas reuniões de equipas). De salguardar que incluímos também uma carta de apresentação da investigação, da equipa de investigação e um conjunto de informações simples que visavam esclarecer o que se pretendia de cada participante, reforçando a garantia do anonimato e da confidencialidade. Dado o questionário apresentar essencialmente questões de tipo fechado, as instruções de preenchimento eram simples, encontrando-se na folha de rosto do próprio questionário.

Após a distribuição, os questionários preenchidos foram devolvidos e colocados num local previamente acordado e devidamente identificado, numa caixa fechada entregue para o efeito. Depois de terminado o período de tempo pré estabelecido (em média cerca de 1,5 mês) regressamos aos Serviços para recolher as caixas com os questionários. Não verificamos a necessidade de um contacto directo com os participantes, conseguindo-se, dessa forma, garantir as condições de anonimização na recolha e interferir o menos possível na actividade profissional diária e nos serviços.

Dos 1500 questionários distribuídos foram recolhidos e validados para análise 1150 questionários preenchidos, representando 77% de taxa de devolução.

Os dados recolhidos foram introduzidos numa matriz de dupla entrada criada no programa SPSS (Statistical Package for the Social Scienses, versão 19). Cada linha correspondeu a um participante (num total de 1150) e cada coluna a uma questão. Como algumas das questões podiam ser respondidas de forma mutuamente exclusiva, como

trabalhamos também com as médias ponderadas dos totais nas subescalas dos instrumentos, a matriz apresentou um total de 263 colunas.

A análise estatística efectuada dividiu-se, na generalidade, em dois grandes momentos, após uma análise exploratória preliminar dos dados. Estas informações são muito relevantes para uma apreciação estatística subsequente, permitindo, detectar e corrigir erros e incongruências na base de dados e possibilitam decidir, com segurança, sobre o tipo de testes mais adequados a utilizar. Atendendo a que esta investigação envolve também variáveis intervalares como variáveis dependentes, importa salientar sobre a importância da análise efectuada no sentido de conhecer as características da sua distribuição na amostra, assim como verificar se os pressupostos para a utilização dos testes paramétricos no âmbito da estatística inferencial estão assegurados. Assim, os dados foram também testados para a normalidade da distribuição, através do teste de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilks, e para a homogeneidade das variâncias, através do teste de Levene, constatando-se que esta amostra não apresenta uma distribuição normal. Nesse sentido, os resultados obtidos foram analisados segundo as recomendações de Field (2009), Martins (2011) e Maroco (2010), não descurando que as opções de análise estatística estão dependentes da natureza quantitativa das escalas de medida utilizadas no fenómeno em estudo. Assim, no âmbito do contexto académico em que esta investigação está a ser conduzida e com base na proposta sugerida por Fife-Schaw (2006)<sup>4</sup>, reforçada pelo enunciado do Teorema do Limite Central<sup>5</sup>, recorreremos à estatística inferencial em função das hipóteses formuladas, utilizando as técnicas de estatística paramétricas disponíveis (testes de associação, de diferenças, regressão e modelos de equações estruturais). Salvaguarda-se, assim, que nos estudos apresentados posteriormente, os procedimentos de tratamento e análise dos dados foram

---

<sup>4</sup> Estes autores sugere que “*em caso de violação dos pressupostos, o investigador execute os testes paramétricos e não-paramétricos equivalentes adequados para a questão de investigação em estudo. Caso ambos os testes concordem em termos de rejeição versus retenção da hipótese nula, então relatam-se os resultados dos testes paramétricos*” (Martins, 2011, p. 240).

<sup>5</sup> **Teorema do Limite Central** – assume-se como um dos mais importantes no âmbito da estatística e das probabilidades. Enuncia que para uma qualquer população com variância finita, a distribuição da média amostral calculada com base numa amostra aleatória simples tende para uma distribuição normal, à medida que a dimensão da amostra aumenta (Guimarães & Cabral, 2011). Este resultado é fundamental na teoria da inferência estatística, uma vez que permite conduzir a alguns procedimentos de inferência sem qualquer conhecimento da distribuição da população. Para uma amostra suficientemente grande (como é o exemplo desta investigação, com 1150 participantes), a distribuição da probabilidade da média amostral pode ser aproximada por uma distribuição normal, com média e variância igual às da população.

seleccionados em função da sua natureza e do tipo de informações que pretendíamos obter.

Tendo em consideração de que cada vez mais os investigadores das diferentes áreas da psicologia desenvolvem ou aplicam técnicas multivariadas de análise de dados coincidentes com a complexidade dos fenómenos dos seus estudos (Pilati & Laros, 2007), nesta investigação iremos recorrer, à semelhança da literatura mais recente consultada, aos modelos de equações estruturais (MEE). Esta técnica, que se tem proliferado nos últimos 10 anos na área das ciências da psicologia, pode ser definida como uma mistura da análise factorial e análise de regressão, que permite aos investigadores testarem estruturas factoriais de instrumentos de medida psicométrica da análise factorial confirmatória (Klem, 2002; Thompson, 2004; Ullman, 2007). Assim, o modelo de equações estruturais não permite apenas o teste confirmatório da estrutura psicométrica das escalas de medida (modelo de medição), mas também pode ser utilizada para analisar relações explicativas entre múltiplas variáveis em simultâneo (modelos estruturais), quer se trate de variáveis latentes ou observadas (ou manifestas).

O tratamento dos dados obedeceu a um nível de confiança de 95%, com um nível de significância de 5% (valor de  $p < .005$ ). No entanto e valorizando o apelo da comunidade científica, no que diz respeito à importância do uso de métodos alternativos para a análise de dados nas investigações, em particular no âmbito das ciências sociais, nomeadamente devido às críticas crescentes do uso da estatística inferencial, foi nosso objectivo adicionar na apresentação dos resultados dos estudos empíricos realizados, a magnitude do efeito (*effect size*)<sup>6</sup>, de acordo com os testes realizados. Enquanto conceito estatístico é traduzido normalmente por tamanho, dimensão ou magnitude do efeito e pode ser definido como o grau em que o fenómeno está presente na população (Cohen, 1988), isto é, diferença efectiva na população. Assim, quanto maior for o tamanho do efeito, maior será a manifestação do fenómeno em estudo na população. Em termos práticos, esta medida codifica a informação quantitativa crítica encontrada nos estudos, tentando dar resposta à significância prática dos resultados, seja clínica ou educacional (Conboy, 2003).

---

<sup>6</sup> A lógica subjacente ao uso de medidas de magnitudes de efeito, bem como as suas vantagens relativamente aos testes de hipótese, encontram-se descritas na literatura, em especial nos estudos de meta-análise, fornecendo informações fundamentais, positivas acerca da grandeza da relação observada entre factores (Conboy, 2003).

No seguimento do que foi referido anteriormente, e após descrevermos e sistematizarmos as informações recolhidas num momento mais inicial, passamos a caracterizar a amostra da nossa investigação.

#### **4. Caracterização da amostra**

A amostra final foi constituída por 1150 participantes que exercem funções em quatro instituições hospitalares públicas do grande do Porto. Dos resultados obtidos, verificamos que o contributo de cada instituição para a amostra final variou entre 15% a 30% no que respeita á taxa de colaboração dos profissionais.

A decisão da utilização de uma amostra de enfermeiros de mais do que uma Instituição deve-se ao facto de, inicialmente, se tentar caracterizar esta problemática nos profissionais da área da enfermagem do grande Porto, tentando reunir um corpo de profissionais em número suficiente e proporcional no género para a realização do estudo proposto, de acordo com os dados estatísticos disponíveis na Ordem dos Enfermeiros de (2012). Por esse motivo, tivemos em consideração na recolha dos dados o serviço onde os profissionais desempenhavam funções (comum em todas as instituições), tendo posteriormente organizado a distribuição dos inquiridos numa amostra única de acordo com as reestruturações orgânicas e funcionais relativamente recentes, que culminaram em unidades autónomas de gestão. Como a nomenclatura dessas unidades não se apresenta homogénea a todas as instituições, optamos por distribuir esses profissionais por áreas de actuação das suas funções. Assim, a área de Medicina englobou os serviços de Pneumologia, de Medicina Interna e Nefrologia (274 profissionais - 24%), a área de Cirurgia compreendeu os serviços de Cirurgia, Urologia, Neurocirurgia, Ortopedia e Otorrinolaringologia (272 profissionais- 24%); a área do Serviço de Urgência (296 profissionais- 26%) com os serviços do Serviço de Urgência e Bloco Operatório, a área dos Cuidados Intensivos (231 profissionais- 20%) e finalmente a área da Saúde Mental (77 profissionais - 6%).

No que se refere à idade da nossa amostra, verificamos que metade dos respondentes se encontra no intervalo etário dos 22 aos 32 anos. A amplitude de idades da amostra vai desde os 22 anos até aos 60 anos, sendo a média de idades de 34.53 anos e um desvio-padrão de 8.65.

Como podemos observar na Tabela 2, a distribuição da amostra relativamente ao sexo é claramente desigual, existindo uma expressiva representação do sexo feminino (83%) face à representação do sexo masculino (17%). Estes valores vão ao encontro da tendência nacional, e em particular do distrito do Porto, uma vez que a classe destes profissionais é predominantemente feminina, perfazendo 81% de toda a classe de enfermagem portuguesa, segundo dados da Ordem dos Enfermeiros relativos a 31 de Dezembro de 2010 (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Tabela 2. Caracterização da amostra em função do género

<b>Género</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Masculino	201	17.0
Feminino	949	83.0
Total	1150	100.0

Relativamente às habilitações literárias, verificamos que 93% dos profissionais apresentam formação superior (licenciatura em enfermagem). Destes profissionais apenas 14% referiram possuir uma pós graduação e 3% mestrado.

No que concerne ao estado civil (Tabela 3), em termos percentuais, verificamos que a maior parte da amostra está casada ou vive em união de facto (57%) e é constituída por profissionais solteiros (38%). A percentagem de indivíduos divorciados ou separados e viúvos é muito baixa (5%).

Tabela 3. Caracterização da amostra em função do estado civil

<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Solteiro	437	38.0
Casado ou em união de facto	652	56.7
Divorciado, separado ou viúvo	61	5.0
Total	1150	100.0

Quanto à existência de filhos (Tabela 4), verificamos que a maioria da amostra não tem filhos 54%, por oposição a 46% que referem ter filhos.

Tabela 4. Caracterização da amostra em função da existência de filhos

<b>Existência de filhos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	525	45.7
Não	625	54.3
Total	1150	100.0

A tabela 5 apresenta a distribuição da amostra por categoria profissional. Verificamos que a maior parte dos nossos inquiridos são enfermeiros de nível 1 (61.7%), logo seguidos de enfermeiros graduados (29%).

Tabela 5. Caracterização da amostra em função da categoria profissional

<b>Categoria profissional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Enfermeiro nível 1	710	61.7
Enfermeiro Graduado	333	29.0
Enfermeiro Especialista	77	6.7
Enfermeiro Chefe	30	2.6
Total	1150	100.0

Em relação ao horário de trabalho 81.7% refere apresentar um regime de horário por turnos e 56.6% uma situação de pluriemprego. A maioria da amostra (52.9%) cumpre uma carga horária semanal de 35 horas e 41.9% apresenta uma carga horária superior (Tabela 6).

Tabela 6. Caracterização da amostra em função da carga horária semanal

<b>Carga horária semanal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menos de 35horas	60	5.2
35horas	608	52.9
Mais de 35horas	482	41.9
Total	1150	100.0

Em relação ao número de anos de serviço na profissão, varia entre 1 a 39 anos, em que esta amostra apresenta uma média de 11.4 anos (*Desvio Padrão* = 8.55). Já no que respeita aos anos de serviço na instituição, cerca de metade da amostra tem até 8 anos de instituição, estando a maior frequência concentrada entre 1 e 2 anos (*Média*=10.15; *Desvio-Padrão*=8.09). No que respeita à situação profissional (Tabela 7), a maioria (69.8%) possui lugar de quadro ou vínculo à instituição (contrato de trabalho com tempo indeterminado), o que parece reforçar a estabilidade profissional desta amostra. É de realçar ainda na nossa amostra, que mais de metade dos indivíduos inquiridos não desempenha outros cargos (91.6%), verificando-se que o exercido com maior frequência está relacionado com a docência/formação.

Tabela 7. Caracterização da amostra em função da situação profissional

<b>Situação Profissional</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Profissional com lugar no quadro da Instituição	803	69.8
Profissional sem lugar no quadro da Instituição	347	30.3
Total	1150	100.0

A investigação realizada sobre o burnout e a relação com o engagement, satisfação com o trabalho e variáveis de personalidade tem colocado a sua tónica predominantemente na conceptualização de conceitos e no estudo dos seus determinantes, mediadores e consequências. Muitos estudos englobam amostras pluridisciplinares, cujas profissões ora se apresentam sub-representadas ou sobre representadas, em que os enfermeiros são um exemplo.

Tendo em conta as evidências apresentadas na revisão da literatura, os capítulos seguintes serão dedicados aos estudos empíricos realizados nesta investigação. Numa lógica de complexidade progressiva, orientada pelos objectivos desta investigação, serão apresentados quatro estudos empíricos, iniciados por uma fundamentação teórica, e terminando com uma discussão dos resultados encontrados. Importa salvaguardar que a metodologia utilizada foi transversal e comum, nomeadamente em relação á amostra e aos procedimentos, não sendo por isso nossa pretensão, em cada estudo, apresentar uma repetição exaustiva da mesma, mas sim clarificar alguns aspectos relativos aos instrumentos e às análises estatísticas efectuadas.

O Capítulo III apresenta o primeiro estudo empírico, intitulado como a “Burnout, engagement, satisfação com o trabalho e hardiness em enfermeiros”, visou conhecer nesta amostra de profissionais de saúde, a prevalência da síndrome de burnout, identificar os índices de burnout, de engagement, de hardiness e de satisfação com o trabalho, explorando o papel das variáveis sociodemográficas e laborais. Seguidamente surge no Capítulo IV, o segundo estudo, designado como “A relação entre burnout e engagement nos enfermeiros”, que pretendeu estudar a validade factorial do conceito do engagement e a sua relação com o burnout, uma vez que até ao momento não são conhecidos estudos em Portugal neste âmbito e nestes profissionais. No Capítulo V é descrito o estudo 3, sobre “O papel da satisfação com o trabalho no burnout dos enfermeiros”. Este estudo procurou conhecer a importância da relação entre a satisfação profissional e o burnout nesta amostra de enfermeiros. Por fim, no Capítulo VI, é apresentado o estudo 4, sobre “A influência do hardiness e da satisfação com o trabalho no burnout dos enfermeiros”, tentando analisar a relação dos indivíduos e do seu contexto de trabalho procurando compreender qual é o contributo das variáveis individuais de personalidade e organizacionais no bem-estar físico e psicológico do trabalhador.





**CAPÍTULO III**  
**ESTUDO 1- BURNOUT, ENGAGEMENT, SATISFAÇÃO COM O**  
**TRABALHO E HARDINESS EM ENFERMEIROS**



## **1. Enquadramento teórico**

A síndrome de burnout nos profissionais de saúde tem suscitado o interesse da comunidade científica devido às graves consequências que podem produzir na qualidade dos cuidados prestados aos utentes, uma vez que os seus trabalhadores estão particularmente susceptíveis ao sofrimento psíquico e ao adoecimento pelo trabalho (Rios, 2008). Segundo estudos epidemiológicos europeus, esta é uma realidade muito preocupante, uma vez que o burnout afecta aproximadamente 25% da totalidade de enfermeiros (Demerouti et al., 2000) e em Portugal, num estudo de âmbito nacional realizado por Queirós (2005), em termos de prevalência, um em cada quatro enfermeiros apresentava burnout no trabalho.

Devido ao seu potencial de risco elevado, a área de enfermagem é uma das categorias mais investigadas, encontrando-se, bem documentada na literatura como uma profissão exposta a altos níveis de stress, sendo vulnerável para o experienciar do burnout (Alcacioglu, Yavuzsen, Dirioz, Oztop & Yilmaz, 2009; Albadejo, Villanueva & Ortega, 2004; Dias, Queirós & Carlotto, 2010; Maslach et al., 2001, 2008). No entanto, ao pesquisarmos as investigações realizadas com estes profissionais, verificamos que existem algumas inadequações metodológicas, que limitam de alguma forma a generalização de conclusões. Kilfedder, Power e Wells (2001) alertam para o facto de que em alguns estudos descritivos a medida utilizada para a avaliação do burnout em enfermeiros oferecem apenas a apresentação dos resultados percentuais relativos à baixa, moderada e altos níveis de exaustão emocional, despersonalização, e realização pessoal, a comparação de amostras do estudo com grupos normativos (Butterworth, Carson, Jeacock, White & Clements, 1999; Harper & Minghella, 1997), o recurso a amostras muito pequenas (Cherniss, 1992; Chung & Corbett, 1998; Thornton, 1992), a ausência da indicação da taxa de resposta (Hallberg, 1994; Harvey & Burns, 1994), o tamanho da amostra condicionar a taxa de resposta (Pines & Maslach, 1978, Sherwin, Elliott, Rybarczyk, Frank, Hanson & Hoffman, 1992) ou o registar-se uma taxa de resposta muito baixa (Richardson, Burke & Leiter, 1992), colocando em dúvida a representatividade da população estudada. Por outro lado, muitos estudos incluem os enfermeiros como uma parte de uma amostra multidisciplinar maior (Catalan, Burgess, Pergami, Hulme, Gazzard & Phillips, 1996; Leiter, 1991) ou a recolha dos grupos profissionais a partir de um número de sítios variados (Fagin, Carson, Leary, Villiers,

Bartlett, O'Malley & Brown, 1996; Leiter & Schaufeli, 1996) introduzindo um factor adicional de confusão. As principais pesquisas da síndrome de burnout em enfermeiros foram realizadas em estudos a partir dos Estados Unidos da América (Sherwin et al., 1992), Austrália (Thompson & Page, 1992) e Canadá (Jamal & Baba, 1997), e, em menor medida diversos países europeus (Costantini, Solano, Di Napoli & Bosco, 1997; Hallberg 1994; Iacovides, Fountoulakis, Moysidou & Ierodiakonou, 1997; Visintini, Campanini, Fossati, Bagnato, Novella & Maffei, 1996). Perlman e Hartman (1982) analisaram a literatura referente à síndrome de burnout entre 1974-1980, tendo encontrado 48 estudos, em que somente cinco incorporavam alguma forma de análise estatística. Destes, apenas um abordou profissionais de serviços humanos. Da totalidade dos estudos encontrados, apenas foi encontrado um estudo descritivo, tendo enfermeiros como a amostra do estudo. Em 1994, Duquette, Kerouac, Sandhu e Beaudet propuseram uma revisão do conhecimento empírico existente sobre factores relacionados com o burnout em enfermeiros. Nessa revisão sistemática, elegeram um conjunto de seis critérios de exclusão para reduzir 300 documentos, incluindo artigos de periódicos, teses de doutoramento e teses de mestrado, para uma subamostra de 36 estudos. Esses estudos revelaram alguma descrição pormenorizada metodológica, em que era utilizada uma das medidas de avaliação do burnout, nomeadamente a Staff Burnout Scale for Health Professionals (Jones, 1980), o Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981b, 1996) ou Tedium Scale (Pines & Aronson, 1989). Estes autores referiram ainda que burnout em enfermeiros estava correlacionado essencialmente com o desempenho de papel, a ambiguidade, a sobrecarga de trabalho, a idade, o hardiness, as estratégias de coping e o apoio social e que estudos posteriores deveriam incluir um desenho metodológico multivariado. Carlotto e Câmara (2008) realizaram um estudo sobre a análise da produção científica sobre a síndrome de burnout no Brasil, entre 2002 e 2005, tendo sido identificados 27 artigos, sendo a maioria referente a relatos de pesquisa, de comunicações científicas e alguns artigos, indo ao encontro dos resultados do estudo realizado por Benevides-Pereira (2003).

Em Portugal, verifica-se um crescente interesse e de produção científica sobre esta temática com diferentes amostras de profissionais (Borges & Ferreira, 2011; Dias & Queirós, 2010a, 2012b; Queirós, 2005; Mendes, 2005; Silva & Gomes, 2009; Vara, 2007), sem, no entanto se conhecer, até ao momento, a validação das qualidades

psicométricas do instrumento MBI para profissionais de saúde, a padronização dos seus pontos de corte para a população portuguesa<sup>7</sup>, que permitiria classificar a síndrome em níveis (baixo, médio e alto), de acordo com a versão original americana (Maslach & Jackson 1981b, 1996). Esta classificação, de acordo com Gil-Monte (2005), é necessária para o estudo da prevalência da síndrome, devido ao seu carácter epidemiológico na actualidade. Schaufeli e colaboradores (1993) enfatizam esta necessidade de estudos para uma maior percepção do impacto da síndrome na população e possibilidades de programas de intervenção.

De acordo com a literatura, a síndrome de burnout é apenas uma das respostas possíveis às fontes de stress excessivas relacionadas com o trabalho, surgindo como o resultado do stress crónico, típico do quotidiano do trabalho, principalmente quando neste existem sobre os seus trabalhadores pressões excessivas, conflitos, poucas recompensas emocionais e reconhecimento (Maslach et al., 2001, 2008). Alguns autores, por vezes, têm partilhado de uma visão mais simplista, em que o excesso da pressão laboral apresenta como consequência imediata o desgaste emocional, verificando-se, no entanto, que trabalhadores expostos às mesmas circunstâncias não experienciam as mesmas vivências. Nesse sentido, as investigações remetem para a identificação de alguns factores explicativos que conduzem ao burnout em enfermeiros, destacando-se o cansaço emocional, a falta de realização pessoal e o sentimento de incapacidade e de ausência de controlo face às decisões dos médicos (Moreno-Jimenez & Puente, 1999), ambiente insalubre, o regime de trabalho por turnos, a remuneração, o contacto muito próximo com os Utentes (Dias et al., 2010a; Escribá-Agüir, Martín-Baena & Pérez-Hoyos, 2006) que podem mobilizar emoções e conflitos, o ambiente físico envolve uma atmosfera fechada, pressões de tempo, ruídos excessivos ou silêncios incumpridos, variedade de funções e tarefas, longas horas de pé (Costa, Morita & Martinez, 2000; Schaufeli & Janczur, 1994), conflitos familiares com o trabalho e do trabalho com a família, falta de recursos pessoais, relações interpessoais inadequadas, deficiente supervisão da gestão, formação insuficiente (Cottrell, 2001), sobrecarga de trabalho, apoio social ineficaz, eventos de vida traumáticos, estratégias de coping desajustados (Cline, Reilly & Moore, 2004).

---

<sup>7</sup> Está submetido um artigo para publicação que visa a validação das propriedades psicométricas do MBI-HSS numa amostra de enfermeiros portugueses.

Ainda nesta linha de pensamento, parece-nos muito importante reconhecer a extensão e as fontes de stress para estes profissionais, uma vez que podem correr risco físico, psicológico e social. Esta problemática, sem medidas preventivas efectivas, acarreta custos elevados às organizações de saúde, devido ao aumento dos profissionais no que respeita ao absentismo (ou em alternativa, ao presenteísmo), aos conflitos interpessoais, à alta rotatividade, às reivindicações e queixas, às taxas de infecção e de erros no tratamento dos Utentes (Jenkins & Elliott 2004; Sahraian, Fazelzadeh, Mehdizadeh & Toobaee, 2008), com impacto na redução na qualidade do atendimento e prestação dos serviços (Pearlman & Hartman, 1982; Maslach & Jackson, 1981a; Stacciarini & Tróccoli, 2001) e vontade em abandonar a profissão (Knight & Leimer, 2010; Schaufeli et al., 2009). Estudos revelam uma correlação significativa com vários indicadores de tensão psicológica e física, tais como nervosismo e irritabilidade (Duquette et al., 1994; Knight & Leimer, 2010), fadiga (Costantini et al., 1997; Maslach & Jackson, 1981a), dores de cabeça e transtornos do sono (Costantini et al., 1997; Danhof-Pont, Van Veen & Zitman, 2011). No estudo realizado por Kane (2009) em enfermeiros, as causas mais importantes de stress identificadas por estes profissionais que perturbavam o sucesso do desempenho das suas actividades foram queixas psicossomáticas, tais como gastralgias, dorsalgias, tensão no pescoço, fadiga e níveis elevados de tensão e preocupação.

A enfermagem é uma profissão tradicionalmente feminina, caracterizando-se pela variabilidade e especificidade na formação, por vezes a baixa remuneração económica, horários de trabalho extensos e muitas vezes com múltiplo emprego, aumento das exigências de Utentes, médicos, familiares e supervisores, falta de reconhecimento por parte dos outros membros da equipa de saúde, alta pressão competitiva que conduz à deterioração das relações interpessoais nos serviços. Os estudos encontrados na literatura sugerem um perfil de risco para este grupo de profissionais de saúde. Assim, este seria constituído essencialmente pelo género feminino, profissionais jovens, com uma carga horária elevada, com regime de trabalho por turnos, a desempenharem funções com condições de trabalho adversas, com dificuldade em conciliar trabalho e família e, que atuam em nos serviços de Urgência e nas Unidades de Cuidados Intensivos (Cornelius & Carlotto, 2007; Dias et al., 2010a; Rosa & Carlotto, 2006; Moreira, Magnago, Sakae & Magajewski, 2009; Ríos-Castillo,

Barrios-Santiago, Ocampo-Mancilla & Ávila-Rojas, 2007). Segundo Leiter (1988), através da comparação de diferentes serviços de unidades hospitalares (cirurgia, urgência, pediatria, ginecologia), pode-se reforçar a importância do ambiente interpessoal. Alguns estudos realizados evidenciam diferenças no adoecimento por esta síndrome nos enfermeiros que desempenham funções em determinados serviços, nomeadamente a existência de níveis elevados de burnout em serviços de urgência e em unidades de cuidados intensivos (Gillespie & Melby, 2003).

Em relação às variáveis individuais, a relação entre género e burnout encontra-se pouco solidificada, não reunindo o consenso da comunidade científica. O cansaço emocional tende a ser superior no género feminino e por sua vez a despersonalização parece ser superior no sexo masculino (Cornelius & Carlotto, 2007; Maslach et al., 2001, 2008). O burnout parece decrescer com o aumento dos anos de experiência profissional (Dias et al., 2010a; Gillespie & Melby, 2003; Silva & Gomes, 2009), cujos níveis parecem ser mais elevados em trabalhadores jovens e menos observados em trabalhadores com idades superiores a trinta ou quarenta anos. Este facto pode ser explicado tendo em consideração o desencontro verificado nas expectativas irrealistas da profissão, originando dificuldades ao nível da integração ou adaptação ao contexto de trabalho. Um estudo de Firth, KcKeown, McIntee e Britton (1987) concluiu que expectativas irrealistas do papel do enfermeiro estavam associadas a níveis elevados de burnout, enquanto Novak e Chappell (1994) verificaram que enfermeiros assistenciais estavam mais vulneráveis ao desenvolvimento de burnout, pois passavam grande parte do seu tempo na prestação de cuidados directos aos utentes. Outros estudos referem que o estado civil influencia a síndrome de burnout. Os profissionais solteiros ou viúvos, com um nível educacional elevado estão associados a altos níveis de burnout e de stress ocupacional (Butterworth et al., 1999). Os profissionais casados, relativamente aos solteiros, apresentam níveis de burnout mais reduzido, uma vez que família parece ter um papel protector, uma vez que se defende que os enfermeiros com actividades relacionadas com a vida pessoal, tais como, a responsabilidade com a casa, com os filhos e outras, em vez de serem stressantes, podem funcionar como suporte social (Maslach et al., 2001; Schabracq & Cooper, 2000). Neste sentido, Marques-Teixeira (2002) reforça o papel da família apontando para o facto de que ter família significa mais experiência para lidar com problemas pessoais e conflitos emocionais, e a família



para além de ser uma fonte de conflito é também uma fonte de suporte emocional e de conforto. Os resultados do estudo realizado por Kilfedder e colaboradores (2001) e Sahraian e colaboradores (2008) identificaram os profissionais de enfermagem dos serviços de psiquiatria com níveis significativamente mais elevados de exaustão emocional (enfermeiras) e despersonalização, e de maior realização pessoal em comparação com enfermeiros dos serviços de internamento, cirurgia e obstetrícia. Kelly e Cross (1985) concluíram num estudo sobre o stress e burnout que os enfermeiros dos Cuidados Intensivos apresentam maior níveis de burnout do que outros que trabalham em outros serviços, tais como em internamentos ou cirurgias. Queirós, Dias e Carlotto (2011) realizaram um estudo comparativo numa amostra com 300 enfermeiros a trabalharem no serviço de urgência e nos cuidados intensivos, tendo os enfermeiros do serviço de urgência revelado maiores índices de despersonalização ( $M=1.62$ ;  $p=.00$ ) e realização profissional ( $M=4.33$ ;  $p=.01$ ). Outro estudo realizado por Martino e Misko (2004), com 296 enfermeiros de quatro diferentes especialidades de enfermagem (UCI, serviços de Medicina interna, Cirurgia e Psiquiatria) apoiou estes resultados. Santos, Alves e Rodrigues (2005) concluíram que na sua amostra com 34 enfermeiros de Cuidados Intensivos, 27% apresentavam níveis elevados de exaustão emocional, 24.5% de despersonalização e 29% reduzida realização pessoal, em que são as enfermeiras, com idades compreendidas entre 32 e 37 anos, casadas, sem filhos, com um tempo de serviço entre 6 a 15 anos, um horário semanal médio superior a 36 horas e com maior especialização os profissionais que apresentam risco mais elevado.

Rios-Castillo e colaboradores (2007), no estudo realizado a 70 enfermeiras mexicanas, em exercício profissional em diferentes serviços de saúde, identificaram os serviços de urgência os que comportam níveis mais elevados de burnout nas enfermeiras, estando-lhe associados alguns factores, tais como, um elevado número de utentes e familiares, fracas condições físicas dos serviços (por exemplo, espaços reduzidos), idade superior a 36 anos, mais de 3 filhos, mais de 15 anos de exercício profissional, turnos de 40 horas semanais e atender cerca de 20 utentes por turno. Greenglass, Burke e Fiksenbaum (2001) citam vários estudos que demonstram que a sobrecarga de trabalho é um dos agentes stressores mais significativo, quer se trate dos serviços de cuidados intensivos, de cirurgia ou de serviços gerais. Esta sobrecarga de trabalho pode conduzir à exaustão emocional. O burnout surgiu também positivamente

correlacionado com a quantidade de tempo que os enfermeiros gastam com os utentes, aspecto comum noutras profissões associadas à prestação de cuidados, como médicos, psicólogos e trabalhadores sociais (Maslach et al., 2001). Outro estudo conduzido por Achkar (2006), realizado com médicos e enfermeiros, identificou relação inversa entre burnout e qualidade de vida no trabalho e diferenças nos níveis entre os dois grupos, tendo os médicos apresentado maiores níveis de burnout. No entanto, outros estudos apontam os profissionais de enfermagem como os mais susceptíveis a desenvolver a síndrome de burnout (Moreira et al., 2009; Rodríguez-García, Oviedo, Santillán, Velázquez & Fiesco, 2009). Estes profissionais, geralmente estão expostos a uma maior sobrecarga de trabalho (Rodríguez-García et al., 2009), evidenciam maior cansaço emocional, falta de realização pessoal e sentimento de incapacidade e de ausência de controlo face às decisões dos médicos (Gunnarsdóttir, Clarke, Rafferty & Nutbeam, 2009; Moreno-Jimenez & Puente, 1999). Por seu lado, Yang, Koh, Lee, Chan e Chia (2001) concluíram que enfermeiros a desempenhar funções no serviço de urgência apresentam elevados níveis de stress profissional quando comparados com enfermeiros a desempenhar funções noutros serviços. Segundo Ersoy-Kart (2009) e Kalemoglu e Keskin (2006), os profissionais do serviço de urgência, em particular, da emergência, podem estar sob o impacto da síndrome de burnout, uma vez que estes serviços são considerados como os mais activos e stressantes dos Hospitais. Carlotto (2011) alerta que níveis elevados de stress nos profissionais estão associados a menor produtividade, problemas de saúde e absentismo, constituindo um risco psicossocial.

A literatura reconhece que as consequências do stress ocupacional podem ser encaradas de uma forma subjectiva, como o estado emocional; comportamental, como os acidentes de trabalho; cognitiva, como as dificuldades de concentração; fisiológica, como taquicardia ou hipertensão arterial e organizacional, como os conflitos laborais. Nesse sentido, nas profissões de saúde, incluindo a enfermagem, as consequências psicológicas podem mesmo ser severas levando os profissionais à toxicodependência, ao alcoolismo, uso de substâncias aditivas, à ideação suicida e/ou suicídio, sendo reportados em estudos realizados nos Estados Unidos, Finlândia, Inglaterra, País de Gales e Islândia, chegando a atingir níveis superiores aos de outras profissões e aos da população em geral (Judkins, 2004; Kane, 2009). Estudos suportam ainda que o grupo de enfermeiras assistenciais parece apresentar maiores níveis de stress relacionados com

factores intrínsecos ao trabalho (recursos inadequados, sobrecarga de trabalho, carga horária e questões salariais), relações no trabalho (relações interpessoais e atendimento ao utente), carga emocional e estrutura organizacional (Stacciarini & Tróccoli, 2001). Ainda em articulação do stress com a satisfação profissional dos enfermeiros, é de referir que quando os enfermeiros se sentem insatisfeitos com o trabalho têm a tendência de se distanciarem a si mesmos dos doentes e das suas tarefas (Demerouti et al., 2000) e enfermeiros que se sentem que os seus esforços não são totalmente apreciados tendem a abandonar a profissão (Knight & Leimer, 2010). A satisfação com o trabalho é então outra variável associada ao burnout, existindo estudos sobre satisfação profissional nos Profissionais de Saúde (Graça, 1999; Martins, 2003; Quintela & Santos, 2000).

Em suma, e tendo em consideração o que foi sendo referido, o burnout surge como uma consequência importante do stress em enfermagem, apesar de não poder ser reconhecido como factor único (Lee, Song, Cho, Lee & Daly, 2003). Alguns factores correlacionados com o burnout podem ser divididos em dois grandes grupos: factores relacionados com o ambiente de trabalho e as características individuais (Lee et al., 2003). Assim, podemos afirmar que, sendo o trabalho uma parte integrante da vida da maioria dos indivíduos (Martins, 2003) interessa retirar dele satisfação e bem-estar, para que o trabalhador se sinta motivado e seja eficiente nas suas tarefas (Oliveira & Guerra, 2004). Nesse sentido e com base na psicologia positiva, surgiu o conceito de engagement dos profissionais, inicialmente como o oposto do burnout, constituindo os dois pólos de um mesmo contínuo e sendo considerado um estado caracterizado por energia, envolvimento e eficácia na actividade desenvolvida (Maslach & Leiter, 2008; Salanova et al., 2000; Milhano & Marques-Pinto, 2008). As características de personalidade dos indivíduos parecem ser muito importantes para a escolha de uma profissão de cariz humanista (Ersoy-Kart, 2009; Maddi, 2005, 2008), que irão auxiliar no desenvolvimento das suas motivações e expectativas, auto-estima, capacidade de expressar sobre si e sobre os outros, e o próprio controlo das situações de maior stress, apesar da maioria dos estudos incidirem essencialmente, como já foi referido, sobre as variáveis organizacionais.

Estudos revelaram que enfermeiros com um perfil mais histriónico e narcisista apresentavam níveis mais elevados de despersonalização e de realização pessoal,

respectivamente (Glaasberg, Eriksoson & Norberg, 2007; Maslach et al., 2001; Tecedeiro, 2010). Estes autores verificaram que algumas enfermeiras relataram que, ao entrar no mundo de enfermagem, apresentavam ideias altruístas, com fortes expectativas em ajudar os Utentes, construindo uma imagem heróica de si mesmo. No entanto, após alguns anos, percebem que a capacidade em alcançar esses ideais fica ameaçada, podendo resultar em sofrimento psicológico e angústia, conduzindo à síndrome de burnout. O baixo grau de envolvimento dos enfermeiros no seu trabalho e do controlo insuficiente por parte da chefia parecem estar intimamente associados com o aparecimento de conflitos e de alterações das relações impessoais, diminuindo a sua realização pessoal.

Pines e Aronson (1988) referem que muitos dos que escolhem profissões de ajuda são indivíduos particularmente sensíveis às necessidades de terceiros, pois apesar de os serviços humanos comportarem milhões de profissionais, estes parecem apresentar duas características básicas: traços de personalidade que os levam a optarem pelos serviços humanos enquanto carreira e seguirem uma orientação centrada nos clientes. Além disso, o tipo de tarefas que desempenham leva-os a assumir turnos de serviço extensos (muitas horas), grande amplitude de tarefas e relações complicadas com os utentes, famílias, médicos e outros colegas de trabalho (Shimizu, Mizoue, Kubota, Mishima & Nagata, 2003), o que pode levar cerca de 40% a sofrer de burnout e 20% a ponderar abandonar os seus trabalhos no ano seguinte (Vahey, Aikein, Sloane, Clarke & Vargas, 2004).

A literatura aponta três razões que se apresentam comumente na prática da enfermagem e que parecem propiciar o aparecimento de problemas de stress nestes profissionais: os enfermeiros têm uma personalidade altruísta, comprometida e desinteressada que os leva a responder a todas as solicitações dos utentes; costumam estar disponíveis para responder a todos os cuidados que os Utentes exigem; e, ao serem considerados infalíveis, incansáveis, com elevado espírito de sacrifício, com elevada tolerância ao fracasso, são vistos como estando em condições óptimas para responder em face de qualquer enfermidade que apresentem os seus doentes. Ainda nessa perspectiva, Delbrouck (2006), propõe as seguintes causas explicativas da exaustão específica do prestador de cuidados: especificidade da profissão clínica, impacto e repetição de traumatismos encontrados nos doentes e isolamento físico e psicoafectivo

do prestador de cuidados. Neste sentido, realizou um estudo através da aplicação de dois inquéritos sobre stress no trabalho e abandono da profissão de enfermeiro, tendo verificado que 38% dos inquiridos apresentavam um esgotamento emocional elevado, 41% um nível médio, 17% encontravam-se stressados e 35% em risco de stress.

Tal como os estudos citados demonstram, são numerosos os factores que podem contribuir para o surgimento e evolução da síndrome, incluindo-se estes em domínios como o social, psicológico, individual, familiar, profissional, cultural e do meio ambiente. De uma forma consensual, o stress é conhecido por causar exaustão emocional em enfermeiros, levando-os a experimentar sentimentos negativos em relação ao seu trabalho, apesar da realização da componente prática da sua formação de base. Maslach e Jackson (1981a) referem neste sentido que as profissões assistenciais exigem que os profissionais despendam de um tempo considerável de intensa relação interpessoal, que se encontram frequentemente em situações problemáticas e cuja relação está repleta de sentimentos de perturbação emocional, frustração, medo ou desespero. A tensão e o stress resultantes podem ter um efeito de uma deterioração emocional, em que os profissionais de saúde experienciam uma sensação de vazio e sintomas próprios da síndrome de burnout. Por seu lado, a realidade dos serviços de saúde, que se encontra no momento actual em grande reformulação, contrasta com as expectativas pessoais destes profissionais, contribuindo, de uma forma significativa para o aparecimento do stress e sentimentos que constituem as três dimensões que caracterizam a síndrome de burnout: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização profissional (Carlotto, 2009; Maslach et al., 2001). Quando a instituição hospitalar não é capaz de proporcionar os apoios necessários à realização de um desempenho profissional óptimo, o pessoal médico e o de enfermagem ficam expostos ao desenvolvimento de síndrome de burnout. Assim, a instituição deve facultar ao trabalhador sentimentos de pertença, de segurança e de reconhecimento, facilitando o desenvolvimento da sua personalidade e diminuindo a insatisfação laboral.

## **2. Objectivos e hipóteses**

Com a realização deste estudo procuramos caracterizar esta amostra de enfermeiros face às variáveis utilizadas nesta investigação. Assim, com este estudo pretendemos conhecer a prevalência da síndrome de burnout; identificar os índices de burnout, de engagement, de hardiness e de satisfação com o trabalho e verificar se estas variáveis variam em função das variáveis sociodemográficas e laborais. Mais concretamente, com base na revisão teórica e em função dos objectivos referidos, enunciamos as seguintes hipóteses:

H1: Há diferenças significativas nas dimensões da síndrome de burnout, de engagement, de satisfação com o trabalho e hardiness em função das variáveis sócio demográficas (género, estado civil, existência de filhos).

H2: Há diferenças significativas nas dimensões da síndrome de burnout, de engagement, de satisfação com o trabalho e hardiness e em função das variáveis laborais (categoria profissional, pluriemprego, desempenho de cargos, carga horária semanal, idade, antiguidade, área de serviço).

H3: Há diferenças significativas nas dimensões da síndrome de burnout, de engagement, de satisfação com o trabalho e hardiness em função das áreas de actuação profissional desta amostra.

Como já foi referida, a caracterização dos participantes deste estudo, dos instrumentos e do procedimento utilizado foi apresentada pormenorizadamente no Capítulo II (Metodologia). Não sendo nossa intenção repetir essas informações, parece-nos importante, no entanto, tecer algumas observações na análise estatística efectuada no presente estudo.

## **3. Apresentação dos resultados**

Após ter sido realizada inicialmente uma análise descritiva das variáveis em estudo e para determinar os critérios de risco para o burnout, foi utilizado o procedimento recomendado de Shirom (1989), uma vez se assume como uma alternativa válida para identificar os índices de burnout tendo em conta a frequência dos sintomas que quando não existem pontos de corte, baseados em percentis validados no país para classificar a população, como acontece em Portugal. Este autor defende que os

indivíduos que apresentam sintomas com frequência igual ou superior a "Algumas vezes por semana" desenvolveram burnout. No instrumento Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS), esta indicação surge na escala de Likert correspondente a "Algumas vezes por semana" é 4. Assim, os indivíduos com pontuações  $\geq 4$  nas dimensões do MBI apresentaram níveis elevados na mesma, excepto na dimensão realização pessoal que é avaliado em sentido inverso. Para avaliar a prevalência da síndrome de burnout, através deste critério, considera-se altas as pontuações dos participantes que apresentem uma média ponderada superior a 4 (Algumas vezes por semana) para as dimensões exaustão emocional e despersonalização e inferior a 4 (Algumas vezes por semana) para a dimensão realização com o trabalho.

Atendendo às características da distribuição da amostra, foram escolhidos os testes paramétricos teste *t* para amostras independentes e análise de variância multivariada, com recurso ao teste Post-Hoc de Scheffé<sup>8</sup>, para explorarmos se há diferenças estatisticamente significativas entre grupos num conjunto de variáveis (o efeito das diferentes dimensões) do burnout, do hardiness, satisfação com o trabalho e engagement no género, estado civil, existência de filhos, categoria profissional, horário de trabalho, pluriemprego, situação profissional, desempenho de cargos, idade, anos de serviço e área de actuação profissional.

Apresentamos ainda a estimativa do tamanho do efeito para os resultados obtidos neste estudo empírico, calculada através do *d* de Cohen e do *Eta2 parcial* ( $\eta_p^2$ ). Tendo como referência os valores propostos por Maroco (2007), para o *d* de Cohen (diferença de médias em grupos independentes), os tamanhos do efeito inferior ou igual a 0.2 é pequeno, entre 0.2 a 0.5 são moderados, de 0.6 a 1.0 são elevados e superiores a 1 são muito elevados. Em relação ao *Eta2 parcial* (análise de variância), os tamanhos do efeito inferiores ou iguais a 0.05 são pequenos, entre 0.05 a 0.25 são moderados, entre 0.26 a 0.50 elevado e superior a 0.50 é muito elevado.

---

<sup>8</sup> Também conhecidos por testes de comparação múltipla *a posteriori*. Após a realização da análise de variância, os testes post hoc são necessários para identificar quais dos pares de grupos diferem significativamente entre si. Tendo em conta que a variância dos grupos é homogênea, foi eleito o teste de Scheffé. Devido à sua ampla utilização na área das ciências sócias, permite usar amostras com diferentes dimensões e é robusto a violações dos pressupostos de normalidade e de igualdade de variâncias (Martins, 2011)

Apresentamos a seguir os resultados obtidos com a realização deste estudo. De acordo com as recomendações de Shirom (1989), verifica-se que 12.6% apresentam alto nível de Exaustão Emocional. Somente 19 participantes apresentam alto nível de Despersonalização (1.7%) e 32.4% dos Profissionais apresentam baixos níveis de Realização Profissional (Tabela 8).

Tabela 8. Prevalência da Síndrome de Burnout (n= 1150)

Dimensões	Baixos níveis (<4)		Altos níveis (≥4)	
	n	%	n	%
Exaustão Emocional	1005	87.4	145	12.6
Despersonalização	1131	98.3	19	1.7
Realização Pessoal	373	32.4	777	67.6

Apresentamos a seguir as médias para cada uma das dimensões dos instrumentos utilizados para avaliar o burnout (MBI-HSS), o engagement (UWES), o hardiness (PVS) e a satisfação com o trabalho (CLS 20/23) nesta amostra (Tabela 9).

Tabela 9. Amplitude, Médias e desvio padrões das variáveis em estudo

Variáveis	Dimensões	Mín	Máx	<i>M</i>	<i>DP</i>
Burnout (0-6)	Exaustão Emocional	0	6	2.55	1.17
	Despersonalização	0	5	1.17	1.02
	Realização Pessoal	0	6	4.27	.86
Satisfação com o trabalho (1-7)	Satisfação	1	7	4.40	1.14
	Supervisão				
	Satisfação	1	7	4.28	1.34
	Ambiente Físico				
	Satisfação	1	7	3.23	1.15
	Benefícios Políticas				
	Organização				
	Satisfação	1	7	4.72	1.11
Engagement (0-6)	Intrínseca				
	Satisfação	1	7	4.15	1.12
	Participação				
	Vigor	0	6	3.92	1.06
	Dedicação	0	6	4.30	1.10
Hardiness (0-3)	Absorção	0	6	3.69	1.11
	Compromisso	1	3	2.01	.31
	Controle	1	3	2.01	.26
	Desafio	1	3	1.62	.25



Ao procedermos à análise estatística descritiva das respostas aos itens das dimensões dos instrumentos utilizados<sup>9</sup>, verificamos que a maioria destes profissionais se apresenta emocionalmente exaustos “algumas vezes por mês” e sentimentos de despersonalização “algumas vezes ou menos por ano”. Por seu lado, os enfermeiros inquiridos manifestaram frequência de sentimentos relacionados com a sua realização pessoal “pelo menos uma vez por semana”. Constatamos que em relação à satisfação com os benefícios e políticas da organização, estes profissionais apresentam-se “algo insatisfeitos” e no que respeita com a satisfação intrínseca, com o conteúdo do trabalho, estes expressam “alguma satisfação”. Os valores obtidos pelos enfermeiros inquiridos em relação às dimensões do engagement e do hardiness sugerem que estes apresentem uma frequência de sentimentos de vigor, dedicação e absorção no seu trabalho, pelo menos “uma vez por semana”. Constatamos ainda que esta amostra de profissionais revela a presença destes sentimentos concordantes com este constructo psicológico, uma vez que a média ponderada dos itens tende a aproximar-se do valor máximo possível.

Uma vez que o design da investigação determina como variáveis dependentes as dimensões do burnout, do hardiness, satisfação com o trabalho e engagement foram efectuados testes paramétricos no sentido de explorar a existência de diferenças em função do género, estado civil, existência de filhos, categoria profissional, horário de trabalho, pluriemprego, situação profissional, desempenho de cargos, idade, anos de serviço e área de actuação profissional, que se apresentam nas tabelas a seguir.

Os resultados evidenciam que existem diferenças significativas entre os níveis de despersonalização, dedicação, absorção e compromisso para o sexo feminino e o sexo masculino. Assim, são os Enfermeiros quem apresentam maior despersonalização e as Enfermeiras maior dedicação, absorção e compromisso. A magnitude do efeito destes resultados significativos foi moderada no caso da despersonalização e pequena no caso da absorção e compromisso (Tabela 10).

---

<sup>9</sup> Ainda que estatisticamente possamos ter em consideração os valores mínimos e máximos das escalas dos instrumentos utilizados e a respectiva média, por estarmos a tratar de constructos psicológicos iremos ter em consideração a pontuação média nas dimensões dos instrumentos utilizados.

Tabela 10. Diferenças entre o gênero dos Profissionais face às dimensões dos instrumentos

Dimensões	Gênero	N	M	DP	t	d de Cohen
Exaustão	Masculino	201	2.48	1.17		.06
Emocional	Feminino	949	2.56	1.17	$t(1148)=-.929$	
Despersonalização	Masculino	201	1.54	1.16		.41
	Feminino	949	1.10	.97	$t(1148)=5.009^{**}$	
Realização Pessoal	Masculino	201	4.32	.87		.00
	Feminino	949	4.26	.85	$t(1148)=.887$	
Satisfação	Masculino	201	4.36	1.24		.04
Supervisão	Feminino	949	4.41	1.12	$t(1148)=-.610$	
Satisfação	Masculino	201	4.39	1.36		.09
Ambiente Físico	Feminino	949	4.26	1.33	$t(1148)=1.279$	
Satisfação	Masculino	201	3.30	1.23		.06
Benefícios Políticas	Feminino	949	3.22	1.14	$t(1148)=.864$	
Organização						
Satisfação	Masculino	201	4.63	1.21		.09
Intrínseca	Feminino	949	4.74	1.09	$t(1148)=-1.256$	
Satisfação	Masculino	201	4.11	1.20		.04
Participação	Feminino	949	4.16	1.10	$t(1148)=-.484$	
Vigor	Masculino	201	3.91	1.14		.00
	Feminino	949	3.92	1.04	$t(1148)=-.119$	
Dedicação	Masculino	201	4.09	1.21		.22
	Feminino	949	4.35	1.07	$t(1148)=-2.788^{**}$	
Absorção	Masculino	201	3.49	1.09		.21
	Feminino	949	3.73	1.11	$t(1148)=-2.757^{**}$	
Compromisso	Masculino	201	1.95	.34		.21
	Feminino	949	2.02	.30	$t(1148)=-2.849^{**}$	
Controle	Masculino	201	2.02	.29		.03
	Feminino	949	2.01	.26	$t(1148)=.096$	
Desafio	Masculino	201	1.62	.24		.04
	Feminino	949	1.63	.25	$t(1148)=-.156$	

$^{**}p < .01$ ;  $*p < .05$ ;

Existem diferenças significativas nas dimensões da satisfação com o trabalho e engajement em função do estado civil dos profissionais. De acordo com o teste Post-Hoc de Scheffé, são os profissionais divorciados, separados ou viúvos quem apresentam maior satisfação com o ambiente físico e dedicação. A magnitude do efeito destes resultados significativos foi pequena no caso da satisfação com a supervisão e dedicação (Tabela 11).

Tabela 11. Análise comparativa das dimensões dos instrumentos em função do estado civil

Dimensões	Estado civil	N	M	DP	F	$\eta^2_p$
Exaustão	Solteiro	437	2.57	1.20		
Emocional	Casado ou união de facto	652	2.55	1.16	$F(2,1147) = .792$	.00
	Divorciado, separado ou viúvo	61	2.33	1.11		
	Solteiro	437	1.30	1.03		
Despersonalização	Casado ou união de facto	652	1.12	1.01	$F(2,1147) = .959$	.01
	Divorciado, separado ou viúvo	61	.92	.88		
	Solteiro	437	4.25	.84		
Realização Pessoal	Casado ou união de facto	652	4.28	.86	$F(2,1147) = 1.635$	.00
	Divorciado, separado ou viúvo	61	4.36	.93		
	Solteiro	437	4.36	1.19		
Satisfação	Casado ou união de facto	652	4.42	1.10	$F(2,1147) = 3.053^*$	.00
Supervisão	Divorciado, separado ou viúvo	61	4.59	1.16		
Satisfação	Solteiro	437	4.40	1.32	$F(2,1147) = .165$	.01
Ambiente Físico	Casado ou união de facto	652	4.18	1.34		
	Divorciado, separado ou viúvo	61	4.55	1.31		
Satisfação	Solteiro	437	3.25	1.19	$F(2,1147) = .613$	.00
Benefícios	Casado ou união de facto	652	3.21	1.12		
Políticas	Divorciado, separado ou viúvo	61	3.35	1.18		
Organização						
Satisfação	Solteiro	437	4.73	1.11	$F(2,1147) = .835$	.00
Intrinseca	Casado ou união de facto	652	4.69	1.12		
	Divorciado, separado ou viúvo	61	4.95	.97		
Satisfação Participação	Solteiro	437	4.09	1.15	$F(2,1147) = .541$	.00
	Casado ou união de facto	652	4.18	1.10		
	Divorciado, separado ou viúvo	61	4.27	1.14		
Vigor	Solteiro	437	3.90	1.04	$F(2,1147) = .687$	.01
	Casado ou união de facto	652	3.90	1.08		
	Divorciado, separado ou viúvo	61	4.28	.93		
Dedicação	Solteiro	437	4.31	1.08	$F(2,1147) = 4.083^*$	.01
	Casado ou união de facto	652	4.26	1.13		
	Divorciado, separado ou viúvo	61	4.69	.84		
Absorção	Solteiro	437	3.65	1.08	$F(2,1147) = 1.251$	.01
	Casado ou união de facto	652	3.68	1.13		
	Divorciado, separado ou viúvo	61	4.02	1.04		
Compromisso	Solteiro	437	2.04	.30	$F(2,1147) = .318$	.01
	Casado ou união de facto	652	1.98	.32		
	Divorciado, separado ou viúvo	61	2.09	.30		
Controle	Solteiro	437	2.03	.25	$F(2,1147) = .680$	.01
	Casado ou união de facto	652	2.00	.27		
	Divorciado, separado ou viúvo	61	2.09	.24		
Desafio	Solteiro	437	1.63	.25	$F(2,1147) = .601$	.00
	Casado ou união de facto	652	1.62	.27		
	Divorciado, separado ou viúvo	61	1.63	.24		

\*\*p &lt; .01; \*p &lt; .05

Em relação à variável existência de filhos, verificamos que 625 profissionais apresentam filhos e 525 não têm. Assim, foram observadas diferenças significativas, em que os profissionais sem filhos apresentam maior despersonalização enquanto os profissionais com filhos apresentam maior satisfação com supervisão e com a participação. A magnitude do efeito destes resultados significativos foi moderada no

caso da despersonalização e pequena no caso da satisfação com supervisão e com a participação (Tabela 12).

Tabela 12. Análise comparativa das dimensões dos instrumentos em função da existência de filhos

Dimensões	Existência de filhos	N	M	DP	t	d de Cohen
Exaustão	Sim	525	2.48	1.17	$t(1148)=-1.656$	.10
Emocional	Não	625	2.60	1.17		
Despersonalização	Sim	525	1.01	.95	$t(1148)=-$	.29
	Não	625	1.31	1.05	4.997**	
Realização Pessoal	Sim	525	4.28	.91	$t(1148)=.186$	.01
	Não	625	4.27	.81		
Satisfação	Sim	525	4.49	1.11	$t(1148)=2.420^*$	.14
Supervisão	Não	625	4.33	1.16		
Satisfação	Sim	525	4.21	1.35	$t(1148)=-1.716$	.08
Ambiente Físico	Não	625	4.33	1.33		
Satisfação	Sim	525	3.25	1.12	$t(1148)=.530$	.02
Benefícios	Não	625	3.22	1.18		
Políticas						
Organização						
Satisfação	Sim	525	4.73	1.09	$t(1148)=.277$	.01
Intrínseca	Não	625	4.71	1.12		
Satisfação	Sim	525	4.23	1.08	$t(1148)=2.275^*$	.13
Participação	Não	625	4.08	1.14		
Vigor	Sim	525	3.96	1.12	$t(1148)=1.310$	.07
	Não	625	3.88	1.01		
Dedicação	Sim	525	4.33	1.16	$t(1148)=-.644$	.04
	Não	625	4.28	1.05		
Absorção	Sim	525	3.74	1.19	$t(1148)=1.593$	.08
	Não	625	3.64	1.03		
Compromisso	Sim	525	1.99	.31	$t(1148)=-1.576$	.09
	Não	625	2.02	.31		
Controle	Sim	525	2.01	.27	$t(1148)=-.662$	.03
	Não	625	2.02	.26		
Desafio	Sim	525	1.62	.24	$t(1148)=-.041$	.04
	Não	625	1.63	.25		

\*\*p < .01; \* p < .05

Encontramos diferenças significativas ao nível das diferentes dimensões do burnout, satisfação com o trabalho e engagement em função da categoria profissional. O teste Post-Hoc de Scheffé revelou que os enfermeiros nível 1 apresentam-se maior despersonalização e os enfermeiros chefes apresentam maior satisfação com o conteúdo do seu trabalho e absorção. A magnitude do efeito destes resultados significativos foi pequena no caso da despersonalização, satisfação intrínseca e absorção (Tabela 13).

Tabela 13. Análise comparativa das dimensões dos instrumentos em função da categoria profissional

Dimensões	Categoria Profissional	N	M	DP	F	$\eta^2_p$
Exaustão Emocional	Enfermeiro 1	710	2.62	1.17	$F(3,1146)=2.030$	.01
	Enfermeiro Graduado	333	2.50	1.25		
	Enfermeiro Especialista	77	2.26	.80		
	Enfermeiro Chefe	30	2.07	1.17		
Despersonalização	Enfermeiro 1	710	1.33	1.04	$F(3,1146)=5.902^{**}$	.04
	Enfermeiro Graduado	333	.99	.98		
	Enfermeiro Especialista	77	.79	.78		
	Enfermeiro Chefe	30	.58	.63		
Realização Pessoal	Enfermeiro 1	710	4.21	.86	$F(3,1146)=.203$	.01
	Enfermeiro Graduado	333	4.36	.85		
	Enfermeiro Especialista	77	4.49	.78		
	Enfermeiro Chefe	30	4.29	.83		
Satisfação Supervisão	Enfermeiro 1	710	4.33	1.14	$F(3,1146)=.972$	.01
	Enfermeiro Graduado	333	4.47	1.14		
	Enfermeiro Especialista	77	4.75	1.13		
	Enfermeiro Chefe	30	4.50	.93		
Satisfação Ambiente Físico	Enfermeiro 1	710	4.32	1.35	$F(3,1146)=1.923$	.01
	Enfermeiro Graduado	333	4.16	1.32		
	Enfermeiro Especialista	77	4.24	1.39		
	Enfermeiro Chefe	30	4.75	.98		
Satisfação Benefícios Políticas	Enfermeiro 1	710	3.19	1.16	$F(3,1146)=1.439$	.02
	Enfermeiro Graduado	333	3.18	1.12		
	Enfermeiro Especialista	77	3.58	1.17		
	Enfermeiro Chefe	30	3.89	.86		
Organização Satisfação Intrínseca	Enfermeiro 1	710	4.66	1.13	$F(3,1146)=4.012^{**}$	.01
	Enfermeiro Graduado	333	4.75	1.11		
	Enfermeiro Especialista	77	5.01	1.01		
	Enfermeiro Chefe	30	5.16	.65		
Satisfação Participação	Enfermeiro 1	710	4.09	1.11	$F(3,1146)=2.243$	.01
	Enfermeiro Graduado	333	4.14	1.17		
	Enfermeiro Especialista	77	4.52	1.02		
	Enfermeiro Chefe	30	4.59	.81		
Vigor	Enfermeiro 1	710	3.84	1.03	$F(3,1146)=2.026$	.02
	Enfermeiro Graduado	333	3.95	1.11		
	Enfermeiro Especialista	77	4.26	1.08		
	Enfermeiro Chefe	30	4.56	.88		
Dedicação	Enfermeiro 1	710	4.23	1.10	$F(3,1146)=1.473$	.01
	Enfermeiro Graduado	333	4.36	1.13		
	Enfermeiro Especialista	77	4.61	1.04		
	Enfermeiro Chefe	30	4.67	.86		
Absorção	Enfermeiro 1	710	3.59	1.07	$F(3,1146)=5.762^{**}$	.03
	Enfermeiro Graduado	333	3.74	1.18		
	Enfermeiro Especialista	77	4.07	1.01		
	Enfermeiro Chefe	30	4.44	.84		
Compromisso	Enfermeiro 1	710	2.00	.32	$F(3,1146)=.248$	.00
	Enfermeiro Graduado	333	2.00	.30		
	Enfermeiro Especialista	77	2.04	.32		
	Enfermeiro Chefe	30	2.12	.30		
Controle	Enfermeiro 1	710	2.01	.27	$F(3,1146)=.198$	.00
	Enfermeiro Graduado	333	2.01	.26		
	Enfermeiro Especialista	77	2.06	.25		
	Enfermeiro Chefe	30	2.08	.27		
Desafio	Enfermeiro 1	710	1.62	.25	$F(3,1146)=1.098$	.01
	Enfermeiro Graduado	333	1.61	.25		
	Enfermeiro Especialista	77	1.71	.23		
	Enfermeiro Chefe	30	1.69	.21		

\*\*p &lt; .01; \* p &lt; .05

Em relação à situação de pluriemprego, verificaram-se somente diferenças significativas das médias ao nível da absorção. Desse modo, os profissionais sem pluriemprego apresentam maior absorção. A magnitude do efeito destes resultados significativos foi pequena no caso da absorção (Tabela 14).

Tabela 14. Análise comparativa das dimensões dos instrumentos em função do pluri emprego

Dimensões	Pluriemprego	N	Média	DP	t	d de Cohen
Exaustão Emocional	Não	499	2.60	1.19	$t(1148)=$	
	Sim	651	2.51	1.16	1.278	.07
Despersonalização	Não	499	1.11	.99	$t(1148)=$	
	Sim	651	1.22	1.03	-1.895	.11
Realização Pessoal	Não	499	4.30	.87	$t(1148)=$	
	Sim	651	4.26	.85	=.760	.05
Satisfação Supervisão	Não	499	4.44	1.15	$t(1148)=$	
	Sim	651	4.37	1.13	.991	.06
Satisfação Ambiente Físico	Não	499	4.25	1.37	$t(1148)=$	
	Sim	651	4.30	1.32	-.661	.04
Satisfação Benefícios	Não	499	3.29	1.19	$t(1148)=$	
	Sim	651	3.19	1.12	1.451	.09
Satisfação Intrínseca	Não	499	4.69	1.10	$t(1148)=$	
	Sim	651	4.75	1.11	-.903	.05
Satisfação Participação	Não	499	4.19	1.14	$t(1148)=$	
	Sim	651	4.12	1.10	1.000	.06
Vigor	Não	499	3.91	1.06	$t(1148)=$	
	Sim	651	3.92	1.06	-.244	.01
Dedicação	Não	499	4.34	1.12	$t(1148)=$	
	Sim	651	4.28	1.09	.979	.05
Absorção	Não	499	3.79	1.13	$t(1148)=$	
	Sim	651	3.61	1.09	2.673*	.16
Compromisso	Não	499	2.02	.36	$t(1148)=$	
	Sim	651	2.00	.31	1.006	.08
Controle	Não	499	2.01	.25	$t(1148)=$	
	Sim	651	2.01	.27	-.136	.00
Desafio	Não	499	1.62	.24	$48t(11)=$	
	Sim	651	1.63	.25	.379	.04

\*\*p < .01; \* p < .05

No que diz respeito ao desempenho de cargos, encontramos diferenças significativas ao nível das dimensões realização pessoal, vigor e absorção, com as médias mais elevadas nos profissionais que desempenham outros cargos. A magnitude do efeito destes resultados significativos foi moderada no caso da realização pessoal e vigor (Tabela 15).

Tabela 15. Análise comparativa das dimensões dos instrumentos em função do desempenho de cargos

Dimensões	Outros cargos	N	M	DP	t	d de Cohen
Exaustão Emocional	Sim	97	2.46	1.18	$t(1148)=$	.08
	Não	1053	2.55	1.17	-.774	
Despersonalização	Sim	97	1.17	1.03	$t(1148)=$	.00
	Não	1053	1.17	1.02	-.069	
Realização Pessoal	Sim	97	4.51	.72	$t(1148)=$	.32
	Não	1053	4.25	.86	2.830**	
Satisfação Supervisão	Sim	97	4.34	1.19	$t(1148)=$	.06
	Não	1053	4.41	1.14	-.597	
Satisfação Ambiente Físico	Sim	97	4.34	1.30	$t(1148)=$	.05
	Não	1053	4.27	1.34	.510	
Satisfação Benefícios Políticas Organização	Sim	97	3.27	1.28	$t(1148)=$	.03
	Não	1053	3.23	1.15	.350	
Satisfação Intrínseca	Sim	97	4.88	1.22	$t(1148)=$	.15
	Não	1053	4.71	1.10	1.387	
Satisfação Participação	Sim	97	4.21	1.20	$t(1148)=$	.06
	Não	1053	4.14	1.11	.564	
Vigor	Sim	97	4.28	.97	$t(1148)=$	.40
	Não	1053	3.88	1.06	3.871**	
Dedicação	Sim	97	4.44	1.15	$t(1148)=$	.13
	Não	1053	4.29	1.10	1.200	
Absorção	Sim	97	4.02	1.04	$t(1148)=$	.34
	Não	1053	3.66	1.11	3.135**	
Compromisso	Sim	97	2.06	.31	$t(1148)=$	.20
	Não	1053	2.00	.30	1.633	
Controle	Sim	97	2.05	.28	$t(1148)=$	.15
	Não	1053	2.01	.26	1.529	
Desafio	Sim	97	1.66	.23	$t(1148)=$	.17
	Não	1053	1.62	.25	=1.502	

\*\*p &lt; .01; \* p &lt; .05

Verificamos que há diferenças significativas nas dimensões do burnout, da satisfação com o trabalho e do engagement em função da carga horária. De acordo com o teste Post-Hoc de Scheffe, verificamos que são os enfermeiros com carga horária inferior a 35 horas apresentam maior satisfação intrínseca; os enfermeiros com carga horária de 35 horas apresentam maior satisfação com o ambiente físico do trabalho e absorção e por fim, os enfermeiros com uma carga horária superior semanal a 35 horas apresentam maior despersonalização. A magnitude do efeito destes resultados significativos foi pequena no caso da despersonalização, satisfação com ambiente físico e intrínseco e absorção (Tabela 16).

Tabela 16. Comparação das dimensões dos instrumentos em função da carga horária semanal

Dimensões	Carga horária semanal	N	M	DP	F	$\eta^2_p$
Exaustão Emocional	Menos de 35h	60	2.44	1.17	$F(2,1147)=1.804$	.02
	35h	608	2.41	1.13		
	Mais de 35h	482	2.73	1.20		
Despersonalização	Menos de 35h	60	1.06	1.06	$F(2,1147)=3.448^*$	.04
	35h	608	1.00	.95		
	Mais de 35h	482	1.41	1.05		
Realização Pessoal	Menos de 35h	60	4.28	.83	$F(2,1147)=.766$	.00
	35h	608	4.29	.87		
	Mais de 35h	482	4.26	.85		
Satisfação Supervisão	Menos de 35h	60	4.87	1.08	$F(2,1147)=1.482$	.02
	35h	608	4.47	1.11		
	Mais de 35h	482	4.26	1.16		
Satisfação Ambiente Físico	Menos de 35h	60	4.75	1.08	$F(2,1147)=3.407^*$	.01
	35h	608	4.16	1.34		
	Mais de 35h	482	4.37	1.35		
Satisfação Benefícios Políticas	Menos de 35h	60	3.63	.99	$F(2,1147)=2.346$	.01
	35h	608	3.18	1.19		
	Mais de 35h	482	3.25	1.11		
Organização Satisfação Intrínseca	Menos de 35h	60	4.76	1.14	$F(2,1147)=3.516^*$	.00
	35h	608	4.78	1.06		
	Mais de 35h	482	4.64	1.16		
Satisfação Participação	Menos de 35h	60	4.43	1.11	$F(2,1147)=.044$	.01
	35h	608	4.17	1.11		
	Mais de 35h	482	4.08	1.12		
Vigor	Menos de 35h	60	3.83	1.11	$F(2,1147)=.375$	.00
	35h	608	3.98	1.07		
	Mais de 35h	482	3.85	1.04		
Dedicação	Menos de 35h	60	4.03	1.22	$F(2,1147)=.993$	.01
	35h	608	4.40	1.10		
	Mais de 35h	482	4.22	1.08		
Absorção	Menos de 35h	60	3.49	1.12	$F(2,1147)=8.039^{**}$	.01
	35h	608	3.76	1.17		
	Mais de 35h	482	3.62	1.01		
Compromisso	Menos de 35h	60	2.01	.31	$F(2,1147)=.146$	.00
	35h	608	2.02	.31		
	Mais de 35h	482	2.00	.31		
Controle	Menos de 35h	60	2.02	.28	$F(2,1147)=1.004$	.00
	35h	608	2.03	.27		
	Mais de 35h	482	2.00	.26		
Desafio	Menos de 35h	60	1.65	.22	$F(2,1147)=1.232$	.00
	35h	608	1.63	.25		
	Mais de 35h	482	1.61	.24		

\*\*p < .01; \* p < .05

Com a variável idade recodificada em grupos etário que incluem enfermeiros jovens (até 30 anos), jovens adultos (entre 30 e 50 anos) e mais velhos (mais de 50 anos), foi possível observar diferenças significativas nas dimensões do burnout, satisfação com o trabalho e engagement em função destas categorias etárias. O teste Post-Hoc de Scheffé revelou diferenças entre os grupos em que os profissionais com idade inferior a 30 anos, que se apresentam mais despersonalizados e satisfeitos com o



ambiente físico do trabalho. Por sua vez, os enfermeiros com idade compreendida entre os 30 e os 50 anos apresentam maior exaustão emocional e, por fim, os enfermeiros com idade superior a 50 anos apresentam maior satisfação com conteúdo do trabalho e absorção. A magnitude do efeito destes resultados significativos foi pequena no caso da exaustão emocional, despersonalização, satisfação com ambiente físico e intrínseco e absorção (Tabela 17).

Tabela 17. Comparação das dimensões dos instrumentos em função da idade

Dimensões	Idade	N	M	DP	F	$\eta^2_p$
Exaustão Emocional	Até 30 anos	438	2.60	1.16	$F(2,1147)=3.285^*$	.02
	Entre 30-50 anos	341	2.72	1.23		
	Mais de 50 anos	371	2.33	1.10		
Despersonalização	Até 30 anos	438	1.35	1.00	$F(2,1147)=4.213^*$	.04
	Entre 30-50 anos	341	1.27	1.08		
	Mais de 50 anos	371	.87	.90		
Realização Pessoal	Até 30 anos	438	4.24	.84	$F(2,1147)=1.190$	.01
	Entre 30-50 anos	341	4.21	.86		
	Mais de 50 anos	371	4.37	.87		
Satisfação Supervisão	Até 30 anos	438	4.39	1.16	$F(2,1147)=2.786$	.01
	Entre 30-50 anos	341	4.25	1.19		
	Mais de 50 anos	371	4.56	1.06		
Satisfação Ambiente Físico	Até 30 anos	438	4.42	1.31	$F(2,1147)=3.283^*$	.01
	Entre 30-50 anos	341	4.10	1.40		
	Mais de 50 anos	371	4.28	1.29		
Satisfação Benefícios Políticas Organização	Até 30 anos	438	3.34	1.18	$F(2,1147)=.674$	.02
	Entre 30-50 anos	341	2.97	1.11		
	Mais de 50 anos	371	3.35	1.13		
Satisfação Intrínseca	Até 30 anos	438	4.72	1.12	$F(2,1147)=6.311^{**}$	.01
	Entre 30-50 anos	341	4.55	1.19		
	Mais de 50 anos	371	4.88	1.00		
Satisfação Participação	Até 30 anos	438	4.12	1.12	$F(2,1147)=2.088$	.01
	Entre 30-50 anos	341	3.98	1.15		
	Mais de 50 anos	371	4.33	1.07		
Vigor	Até 30 anos	438	3.86	.99	$F(2,1147)=2.961$	.02
	Entre 30-50 anos	341	3.74	1.07		
	Mais de 50 anos	371	4.15	1.10		
Dedicação	Até 30 anos	438	4.32	1.05	$F(2,1147)=.944$	.01
	Entre 30-50 anos	341	4.12	1.14		
	Mais de 50 anos	371	4.46	1.11		
Absorção	Até 30 anos	438	3.64	1.01	$F(2,1147)=3.944^*$	.03
	Entre 30-50 anos	341	3.48	1.14		
	Mais de 50 anos	371	3.93	1.14		
Compromisso	Até 30 anos	438	2.05	.31	$F(2,1147)=.226$	.01
	Entre 30-50 anos	341	1.96	.31		
	Mais de 50 anos	371	2.01	.30		
Controle	Até 30 anos	438	2.03	.26	$F(2,1147)=.324$	.01
	Entre 30-50 anos	341	1.98	.27		
	Mais de 50 anos	371	2.02	.26		
Desafio	Até 30 anos	438	1.62	.25	$F(2,1147)=.062$	.02
	Entre 30-50 anos	341	1.59	.24		
	Mais de 50 anos	371	1.66	.24		

\*\*p < .01; \* p < .05

Tendo como referência a literatura consultada, também recodificamos a variável antiguidade em três categorias distintas sendo a primeira constituída por enfermeiros até 5 anos de serviço na profissão; uma segunda, englobando os profissionais com um tempo de serviço compreendido entre 6 e 20 anos e, por fim uma terceira, com os profissionais que apresentam mais de 20 anos na profissão, encontrando diferenças significativas nas dimensões do burnout, satisfação com o trabalho e engagement. O teste Post-Hoc de Scheffe revelou diferenças nos profissionais com um tempo de serviço compreendido entre 6 a 20 anos apresentam maior despersonalização e os profissionais com maior antiguidade apresentam maior satisfação com a supervisão, com o conteúdo do trabalho, vigor e absorção. A magnitude do efeito destes resultados significativos foi pequena na despersonalização e na satisfação com supervisão, satisfação intrínseca, vigor e absorção (Tabela 18).

Tabela 18. Comparação das dimensões dos instrumentos em função da antiguidade

Variáveis	Antiguidade	N	M	DP	F	$\eta^2_p$
Exaustão Emocional	Até 5 anos	447	2.54	1.16	$F(2,1147)=.422$	.02
	Entre 6-20anos	340	2.77	1.20		
	Mais de 20 anos	363	2.34	1.14		
Despersonalização	Até 5 anos	447	1.30	.99	$F(2,1147)=5.804^*$	.05
	Entre 6-20anos	340	1.36	1.10		
	Mais de 20 anos	363	.85	.89		
Realização Pessoal	Até 5 anos	447	4.27	.84	$F(2,1147)=1.309$	.01
	Entre 6-20anos	340	4.17	.83		
	Mais de 20 anos	363	4.38	.89		
Satisfação Supervisão	Até 5 anos	447	4.42	1.17	$F(2,1147)=4.521^*$	.02
	Entre 6-20anos	340	4.20	1.18		
	Mais de 20 anos	363	4.58	1.03		
Satisfação Ambiente Físico	Até 5 anos	447	4.43	1.34	$F(2,1147)=.629$	.01
	Entre 6-20anos	340	4.11	1.36		
	Mais de 20 anos	363	4.25	1.30		
Satisfação Benefícios Políticas Organização	Até 5 anos	447	3.34	1.19	$F(2,1147)=1.654$	.03
	Entre 6-20anos	340	2.93	1.07		
	Mais de 20 anos	363	3.38	1.13		
Satisfação Intrínseca	Até 5 anos	447	4.76	1.12	$F(2,1147)=4.469^*$	.02
	Entre 6-20anos	340	4.50	1.18		
	Mais de 20 anos	363	4.88	1.00		
Satisfação Participação	Até 5 anos	447	4.15	1.13	$F(2,1147)=.885$	.01
	Entre 6-20anos	340	3.96	1.12		
	Mais de 20 anos	363	4.31	1.08		
Vigor	Até 5 anos	447	3.92	.97	$F(2,1147)=3.657^*$	.03
	Entre 6-20anos	340	3.66	1.08		
	Mais de 20 anos	363	4.15	1.09		
Dedicação	Até 5 anos	447	4.35	1.03	$F(2,1147)=2.374$	.02
	Entre 6-20anos	340	4.07	1.15		
	Mais de 20 anos	363	4.47	1.11		
Absorção	Até 5 anos	447	3.68	1.01	$F(2,1147)=4.781^{**}$	.03
	Entre 6-20anos	340	3.46	1.12		
	Mais de 20 anos	363	3.91	1.16		
Compromisso	Até 5 anos	447	2.05	.31	$F(2,1147)=.107$	.02
	Entre 6-20anos	340	1.96	.30		
	Mais de 20 anos	363	2.00	.31		
Controle	Até 5 anos	447	2.03	.25	$F(2,1147)=1.062$	.00
	Entre 6-20anos	340	1.99	.27		
	Mais de 20 anos	363	2.01	.27		
Desafio	Até 5 anos	447	1.62	.25	$F(2,1147)=.666$	.01
	Entre 6-20anos	340	1.60	.23		
	Mais de 20 anos	363	1.65	.25		

\*\*p &lt; .01; \* p &lt; .05

Encontramos diferenças significativas nas dimensões da satisfação com o trabalho em função das áreas em esta amostra de profissionais desempenha as suas funções. O teste Post-Hoc de Scheffé revelou que os profissionais da área da saúde Mental apresentaram maior satisfação com o ambiente físico e com a participação (Tabela 19).

Tabela 19. Comparação das dimensões dos instrumentos em função da área dos serviços

Dimensões	Área de Serviços	N	M	DP	F	$\eta^2_p$
Exaustão Emocional	Medicina	274	2.61	1.13	$F(4,1145)$ =.462	.00
	Cirurgia	372	2.47	1.21		
	Urgência e Bloco Operatório	296	2.60	1.19		
	Cuidados Intensivos	231	2.56	1.12		
	Saúde Mental	77	2.35	1.24		
Despersonalização	Medicina	274	1.13	.93	$F(4,1145)$ =1.807	.01
	Cirurgia	372	1.08	.99		
	Urgência e Bloco Operatório	296	1.26	1.10		
	Cuidados Intensivos	231	1.25	1.01		
	Saúde Mental	77	1.10	1.05		
Realização Pessoal	Medicina	274	4.29	.78	$F(4,1145)$ =1.898	.01
	Cirurgia	372	4.36	.87		
	Urgência e Bloco Operatório	296	4.28	.91		
	Cuidados Intensivos	231	4.13	.85		
	Saúde Mental	77	4.33	.83		
Satisfação Supervisão	Medicina	274	4.52	1.06	$F(4,1145)$ =1.462	.04
	Cirurgia	372	4.54	1.14		
	Urgência e Bloco Operatório	296	4.23	1.14		
	Cuidados Intensivos	231	4.11	1.16		
	Saúde Mental	77	5.02	1.00		
Satisfação Ambiente Físico	Medicina	274	4.31	1.24	$F(4,1145)$ =4.815*	.01
	Cirurgia	372	4.25	1.47		
	Urgência e Bloco Operatório	296	4.14	1.27		
	Cuidados Intensivos	231	4.34	1.41		
	Saúde Mental	77	4.63	1.17		
Satisfação Benefícios Políticas	Medicina	274	3.47	1.18	$F(4,1145)$ =.869	.03
	Cirurgia	372	3.18	1.13		
	Urgência e Bloco Operatório	296	3.16	1.16		
	Cuidados Intensivos	231	2.97	1.09		
	Saúde Mental	77	3.61	1.05		
Satisfação Intrínseca	Medicina	274	4.85	1.04	$F(4,1145)$ =1.055	.01
	Cirurgia	372	4.58	1.17		
	Urgência e Bloco Operatório	296	4.79	1.11		
	Cuidados Intensivos	231	4.66	1.11		
	Saúde Mental	77	4.67	1.10		
Satisfação Participação	Medicina	274	4.31	1.09	$F(4,1145)$ =3.226*	.03
	Cirurgia	372	4.22	1.02		
	Urgência e Bloco Operatório	296	4.07	1.20		
	Cuidados Intensivos	231	3.84	1.13		
	Saúde Mental	77	4.53	.97		
Vigor	Medicina	274	4.15	1.01	$F(4,1145)$ =.489	.00
	Cirurgia	372	4.00	1.10		
	Urgência e Bloco Operatório	296	3.92	1.05		
	Cuidados Intensivos	231	3.94	1.05		
	Saúde Mental	77	3.79	1.12		
Dedicação	Medicina	274	4.43	1.04	$F(4,1145)$ =1.84	.01
	Cirurgia	372	4.25	1.15		
	Urgência e Bloco Operatório	296	4.38	1.08		
	Cuidados Intensivos	231	4.19	1.07		
	Saúde Mental	77	4.06	1.25		
Absorção	Medicina	274	3.83	1.07	$F(4,1145)$ =.163	.01
	Cirurgia	372	3.74	1.09		
	Urgência e Bloco Operatório	296	3.66	1.13		
	Cuidados Intensivos	231	3.55	1.11		
	Saúde Mental	77	3.51	1.12		

Tabela 19 (conclusão). Comparação das dimensões dos instrumentos em função da área dos serviços

Compromisso	Medicina	274	2.05	.30	<i>F</i> (4,1145) =.876	.01
	Cirurgia	372	2.00	.32		
	Urgência e Bloco Operatório	296	2.00	.32		
	Cuidados Intensivos	231	2.05	.30		
	Saúde Mental	77	2.01	.33		
Controle	Medicina	274	2.03	.24	<i>F</i> (4,1145) =1.259	.00
	Cirurgia	372	2.01	.26		
	Urgência e Bloco Operatório	296	2.00	.27		
	Cuidados Intensivos	231	2.00	.27		
	Saúde Mental	77	2.05	.29		
Desafio	Medicina	274	1.62	.24	<i>F</i> (4,1145) =.423	.00
	Cirurgia	372	1.61	.25		
	Urgência e Bloco Operatório	296	1.64	.24		
	Cuidados Intensivos	231	1.61	.25		
	Saúde Mental	77	1.66	.26		

\*\*p < .01; \* p < .05

#### 4. Discussão

Com a realização deste estudo empírico, verificamos que, de uma forma geral, os resultados obtidos vão ao encontro das evidências sugeridas pela grande maioria da investigação neste domínio temático. Os enfermeiros, devido às exigências emocionais e físicas que a sua profissão acarreta, assumem-se como um grupo vulnerável ao burnout e aos seus factores associados.

No que diz respeito ao primeiro objectivo formulado, que pretendia conhecer a prevalência de burnout desta amostra de enfermeiros, os resultados evidenciaram esta síndrome ainda não está instalada nos profissionais envolvidos neste estudo. Assim, esta amostra de enfermeiros revela uma baixa prevalência de níveis de burnout, caracterizada por uma elevada realização pessoal, moderada exaustão emocional e baixa despersonalização, não corroborando com o modelo processual proposto por Maslach e Jackson (1981a). Segundo estas autoras, níveis elevados nas dimensões da exaustão emocional e despersonalização e baixos na realização pessoal são indicadoras da síndrome de burnout. Mesmo considerando a percentagem significativa de profissionais não realizados profissionalmente, as percentagens mais baixas nas outras duas dimensões traduzem um risco para o experienciar burnout. Assim, importa salvaguardar que já existem profissionais “activos” em risco de adoecerem pelo trabalho, uma vez que apresentam níveis significativos de exaustão emocional (12,6%), de

despersonalização (1,7%) e de diminuição da realização pessoal (32,4%). Segundo estes autores, a síndrome constitui-se como um modelo multidimensional, que se desenvolve de uma forma sequencial, devendo as suas três dimensões ser consideradas para caracterizá-la (Ortega & Lopez, 2004). Nesta perspectiva, os enfermeiros assumem-se como um grupo de risco, uma vez que congregam as três categorias de factores apontados por Maslach et al. (2001) que se referem aos aspectos pessoais, profissionais e institucionais que conduzem ao burnout (Albadejo et al., 2004).

No que concerne ao segundo objectivo do estudo, os enfermeiros apresentam sentimentos concordantes com o engagement e o hardiness, mas expressaram “alguma insatisfação” em relação aos benefícios e políticas da organização. Estes resultados podem ser explicados pelo facto de que as profissões de serviços da área da saúde, como a enfermagem, habitualmente congregam profissionais que entram na profissão com valores e expectativas elevadas, vocacionados para o serviço e para cuidar das pessoas, com um intenso sentido de idealismo, esperança e dedicação. Pela complexidade do desempenho na sua actividade profissional e das tarefas, que implicam o cuidar dos outros, estes profissionais, que nesta investigação se encontram comprometidos e identificados com o seu trabalho, apresentando em simultâneo, características da personalidade que parece permitir-lhes ultrapassar também situações difíceis, encarando-as como desafios e oportunidades efectivas de crescimento pessoal e profissional, visando a garantia da qualidade dos cuidados prestados. Estes resultados devem ser encarados e enquadrados tendo em conta o quadro das elevadas exigências actuais do contexto socioeconómico do país e das implicações directas e indirectas nas organizações de saúde que daí resulta, sendo corroborados pela literatura (Dias & Queirós, 2010a; Delbrouck, 2006; Garrosa et al., 2010; Herrera, Brizio & Coronel, 2007).

A amostra desta investigação é constituída predominantemente por profissionais do género feminino (83%), com uma idade média de 34,5 anos (adultos jovens), casados ou em união de facto (57%), sem filhos (54%), com funções assistenciais (91%), com tempo médio de serviço de 11.4 anos, com uma situação de pluriemprego (57%) e uma carga horária semanal superior a 35 horas (41.9%), apresentando, segundo a literatura, um perfil de risco para o experienciar do stress e do burnout.

As hipóteses deste estudo foram formuladas no sentido de verificar se existiam diferenças significativas nas dimensões da síndrome de burnout, de engagement, de satisfação com o trabalho e hardiness em função do género, estado civil, existência de filhos, categoria profissional, pluriemprego, desempenho de cargos, carga horária semanal, idade, antiguidade e área de serviço. Os resultados obtidos confirmam parcialmente ambas as hipóteses, uma vez que somente as dimensões do burnout, da satisfação com o trabalho e do engagement variaram em função das variáveis sócias demográficas e laborais. Uma das possibilidades para explicar estes resultados pode estar relacionada com o perfil dos profissionais de saúde envolvidos neste estudo e com a sua atitude face ao contexto organizacional onde estão inseridos e não tanto com as características da sua personalidade.

Mais concretamente e relação às diferenças encontradas nas variáveis sócio demográficas (hipótese 1), este estudo evidenciou que os profissionais de saúde do género masculino, solteiros, com idade até 30 anos, sem filhos apresentaram valores médios mais elevados de despersonalização e as enfermeiras apresentam-se mais dedicadas, absorvidas e comprometidas com o trabalho. Estes dados vão ao encontro de outros estudos, em que a despersonalização parece ser superior no sexo masculino, sem filhos e em profissionais considerados jovens (Cornelius & Carlotto, 2007; Dias et al, 2010a; Maslach et al., 2001; Silva & Gomes, 2009) enquanto os enfermeiros mais velhos revelaram maior envolvimento e satisfação com o trabalho. A literatura apoia que os profissionais que não assumem, de uma forma directa, responsabilidades familiares poderá contribuir para estarem mais disponíveis para o trabalho, com maior investimento, para se sentirem mais realizados e satisfeitos com o seu projecto. O facto de a enfermagem ser considerada uma profissão tradicionalmente feminina é corroborado pelos dados do nosso estudo e apoiados por Pines e Aronson (1988), que defendem a escolha desta profissão por pessoas particularmente sensíveis às necessidades dos outros, dedicadas e comprometidas e que a existência de filhos parece mesmo funcionar como uma fonte de suporte social e emocional contra sentimentos negativos, conflitos interpessoais ou insatisfação com o trabalho (Marques-Teixeira, 2002).

No que diz respeito às diferenças significativas encontradas nas variáveis laborais (hipótese 2), neste estudo são os enfermeiros assistenciais (com um contacto

directo com os Utentes), com carga horária superior a 35 horas, com idade compreendida entre os 30 e os 50 anos, com uma experiência profissional até 5 anos que apresentaram maior exaustão emocional e despersonalização. Estes resultados são corroborados pela literatura (Cornelius & Carlotto, 2007; Dias et al., 2010a; Escribá-Agüir et al., 2006; Kane, 2009; Maslach et al., 2001; Silva & Gomes, 2009) que reportam que as dificuldades são acrescidas para quem inicia um projecto laboral no campo da saúde. Nestes profissionais, verifica-se, com frequência, um desencontro entre as expectativas iniciais apoiadas num processo de formação longo exigente e diferenciadas (nomeadamente ao nível técnico científico e relacional) e a realidade encontrada no ambiente laboral, conduzindo a possíveis ambiguidades e conflitos interiores, sustentadas por um lado, pela satisfação do exercício da profissão e das condições encontradas. Ainda que comprometidos e dedicados, estes enfermeiros têm que encontrar e articular em si e na equipa mecanismos de respostas eficazes para fazer frente em face de essas dificuldades.

Os resultados obtidos neste estudo revelaram ainda diferenças no nosso estudo em relação à área de actuação destes enfermeiros (hipótese 3). Assim e nesse sentido, não verificamos que os enfermeiros que desempenhavam funções nos serviços de urgência e do bloco operatório apresentaram maiores níveis de despersonalização, tal como sugerido pelos estudos efectuados por Queirós e colaboradores (2011), Greenglass e colaboradores (2001), Happel, Martin e Pinikahana (2003) e Rios-Castillo e colaboradores (2007). Nesta amostra, estes profissionais apresentam maior satisfação com o trabalho nos serviços da área de saúde mental, apoiados pelos estudos efectuados por Kilfedder e colegas (2001), Sahraian e colaboradores (2008) e Martino e Misko (2004). Uma explicação possível reside no facto em que os serviços de urgência e bloco operatório exigirem destes profissionais elevadas exigências técnicas e científicas, oferecendo diariamente aos seus profissionais situações inesperadas, contactos mais breves com os Utentes e familiares, uma vez que o objectivo essencial assenta na resolução de situações de doenças agudas e estabilização. Posteriormente, os Utentes são reencaminhados para serviços mais contextualizados e adequados às suas necessidades e diagnóstico, como por exemplo, a área cirúrgica, em que os profissionais se apresentam mais absorvidos pelo conteúdo das suas tarefas, através de um acompanhamento mais próximo e cuidados mais especializados, conduzindo-os a uma



maior realização profissional ou para o internamento de psiquiatria. De alguma forma, as necessidades sentidas pelos enfermeiros nas suas diferentes realidades profissionais podem, segundo Dias e Queirós (2010a), impulsioná-los de uma forma positiva para um maior investimento e na dedicação dispensada, tornando-os mais “engaged”. No entanto, de acordo com Araújo, Aquino, Menezes, Santos e Aguiar (2003) e Maslach e colaboradores (2001), a percepção de maior suporte por parte do hospital, parece contribuir para que os enfermeiros sintam maior satisfação e um maior sentimento de segurança e consequentemente, apresentem menores índices de burnout.

**CAPÍTULO IV**  
**ESTUDO 2- A RELAÇÃO ENTRE BURNOUT E ENGAGEMENT**  
**NOS ENFERMEIROS**



## 1. Enquadramento teórico

Com a globalização da psicologia da saúde ocupacional, cada vez mais investigadores apresentam um interesse crescente na relação do burnout e do engagement, tornando-se num foco emergente de estudo, em especial na última década. Esta nova tendência coloca a sua tónica no funcionamento positivo e de bem-estar da pessoa no seu trabalho e não tanto nos efeitos negativos e patológicos (Fineman, 2006; Schaufeli & Bakker, 2004; Schaufeli et al., 2002b).

Segundo Maslach e Leiter (1997, 2008), o engagement indicaria a ausência de burnout, que tem sido reconhecido como um importante problema individual e organizacional. Nesse sentido, estes autores propuseram que o engagement e o burnout são pólos opostos de um mesmo contínuo do bem-estar do trabalhador, afectados pelas circunstâncias laborais, que se complementam. O engagement pode ser obtido através do cálculo inverso da pontuação no Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach et al., 1996), ou seja, pela combinação de baixos níveis de exaustão emocional e de despersonalização e níveis elevados de realização pessoal.

Num momento posterior do conhecimento, Schaufeli e colaboradores (2002b) criticaram o uso do MBI para avaliar em simultâneo o burnout e o engagement, tendo sugerido uma alternativa para a definição e medição do engagement. Estes autores defendem que um profissional que não apresenta burnout não pode ser considerado automaticamente “engaged”, para além de que não é de todo improvável que se possa verificar a coexistência de burnout e engagement. O recurso ao MBI para a avaliação do burnout, segundo estes autores, reflecte esta questão: uma vez que a pontuação obtida é baseada nas frequências de respostas dos participantes, alguém que experiêcia um estado negativo, por exemplo, uma vez por semana, pode experimentar, nessa mesma semana, sentimentos de alegria.

Como reacção a estas considerações, Schaufeli e Bakker (2004) desenvolveram um instrumento independente, designado por Utrecht Scale Engagement Work (UWES), conceptualizando o engagement como a antítese positiva do burnout, mas como acedidos de forma própria, uma vez que são teoricamente distintos. O engagement é definido como um estado afectivo- motivacional persistente, generalizado e positivo de realização profissional (Llorenz, Schaufeli, Bakker & Salanova, 2007), constituído por três dimensões: dedicação, vigor e absorção.

O vigor é caracterizado por altos níveis de energia, por uma experiência de resistência mental durante o trabalho, com disposição em investir e persistir apesar das dificuldades encontradas. A dedicação indica um forte envolvimento na sua actividade, vocação, caracterizada por uma sensação de significado, entusiasmo e inspiração e orgulho. Por último, a absorção caracteriza um estado de concentração plena e uma devoção feliz para a actividade que o profissional está a experienciar, em que o tempo passa rapidamente e que este apresenta algumas dificuldades em se distanciar da mesma (Hakanen, Bakker & Schaufeli, 2006; Llorens et al., 2007; Schaufeli et al., 2002b).

Bakker e colaboradores (2008) alertam para o facto de que hoje as organizações apresentam a expectativa de que os seus colaboradores revelem iniciativa, sejam pró-activos, assumam as suas responsabilidades pelos seus comportamentos no trabalho, com elevado nível de desempenho. No sentido de satisfazer estas expectativas organizacionais, é de grande importância esses profissionais estejam absorvidos, dedicados e vigorosos no seu trabalho. Por outras palavras, as organizações precisam de colaboradores “engaged”, considerando este conceito como um contributo principal para o desenvolvimento do seu capital humano e bem-estar (Bakker & Schaufeli, 2008; Schaufeli & Salanova, 2007).

As dimensões vigor e dedicação do engagement são concebidas como o oposto das dimensões da exaustão e despersonalização do burnout, abrangendo duas dimensões, designadas por activação (exaustão-vigor) e identificação (despersonalização-dedicação). Todavia, apenas o vigor e a dedicação são consideradas dimensões nucleares do engagement (Schaufeli & Bakker, 2004; Bakker, Le Blanc & Schaufeli, 2005; González-Roma et al., 2006; Llorens et al., 2007), pois a dimensão da absorção tende a assumir-se de uma forma distinta das anteriores. As investigações com a administração destes dois instrumentos revelaram a tendência da existência de uma relação negativa média a forte entre as subescalas exaustão emocional e a despersonalização e o vigor e a dedicação. Curiosamente, foi verificada uma correlação mais elevada entre as dimensões do engagement e a escala realização pessoal. Ainda nesse sentido, os autores encontraram um modelo com dois factores nucleares, um que agrega estas dimensões e outro que é composto pela exaustão e a despersonalização. Parece assim existir alguma evidência empírica que suporta que a realização pessoal é uma dimensão positiva do burnout e que está mais associada ao engagement.

A estrutura tridimensional, encontrada a partir de estudos de diferentes amostras provenientes de Portugal, Espanha e Países Baixos (Schaufeli, Martinez, Marques-Pinto, Salanova & Bakker, 2002a) tem-se relevado invariante. No entanto, na Alemanha, Sonnentag (2003), na sua investigação realizada com trabalhadores de seis áreas de serviços públicos não encontrou, de forma clara, um modelo tridimensional, tendo decidido aplicar a pontuação total obtida na UWES para avaliar o engagement no trabalho. As três dimensões deste instrumento, como já foi referido, apresentam de forma repetida, valores elevados de correlação (Schaufeli et al., 2002b, 2006), sugerindo que, após a análise confirmatória factorial, se se justificar, se pode utilizar uma única dimensão na avaliação do engagement no trabalho.

Posteriormente, Schaufeli e colaboradores (2006) desenvolveram uma versão reduzida da UWES, designando-a por UWES-9, por apresentar precisamente 9 itens (três itens que avaliam o vigor, a dedicação e a absorção, respectivamente). Os resultados encontrados das análises factoriais de diferentes países, revelaram propriedades psicométricas aceitáveis. No entanto, no estudo conduzido por Hallberg e Schaufeli (2006) na Suécia, com esta versão reduzida, encontraram bons valores nos modelos tridimensionais e uni factoriais, com inter-relações latentes que variavam entre 0.88 e 0.99, apoiando a estrutura unidimensional deste instrumento.

Devido às inconsistências sobre a estrutura do engagement no trabalho encontrada nos diferentes estudos, parece ser necessário continuar a desenvolver investigações que testem a dimensionalidade deste instrumento dentro de países diferentes, em outras línguas, outras profissões, culturas ou épocas para reforçar a utilidade no seu uso. Macey e Schneider (2008) têm alertado para a ambiguidade da utilização do conceito de engagement no trabalho, entre os pares da comunidade científica, argumentado que os seus componentes ainda não foram suficientemente explorados.

Com o objectivo de contribuir para este esclarecimento, e indo ao encontro das recomendações de Newman e Harrison (2008), consideramos muito importante contribuir com a realização do presente estudo, com o sentido de auxiliar na clarificação deste conceito e das suas implicações na qualidade dos cuidados produzidos desta população específica.

## 2. Objectivos e hipóteses

Com a realização deste estudo procuramos testar, nesta amostra de enfermeiros, a validade factorial do conceito do engagement e a sua relação com o burnout, uma vez que até ao momento não são conhecidos estudos em Portugal neste âmbito. Mais concretamente, devido à pertinência teórica e em função do objectivo formulado, enunciamos as seguintes hipóteses:

H1: Existe uma relação negativa entre a exaustão e a despersonalização dos enfermeiros com o vigor, dedicação e absorção com o trabalho.

H2: O burnout é composto pelas dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal.

H3: O engagement é composto pelas dimensões vigor, dedicação e absorção.

H4: Existe uma associação negativa entre o burnout e o engagement.

H5: O modelo trifactorial do instrumento de medida UWES-17 apresenta melhores índices de ajustamento do que uma estrutura uni factorial;

H6: A versão do instrumento de medida reduzida UWES-9 apresenta índices de ajustamento mais adequados do que a versão UWES-17 nesta amostra de enfermeiros.

Tal como no estudo empírico anterior, a caracterização dos participantes deste estudo e do procedimento utilizado foi apresentada pormenorizadamente no Capítulo II.

Em relação à análise estatística efectuada no presente estudo e no sentido de verificarmos as nossas hipóteses, para além da análise correlacional (Correlações de Pearson) entre as diferentes dimensões do burnout e as dimensões do engagement. Para implementar os modelos de equações estruturais (structural equation modeling), recorreremos ao software SPSS AMOS 19 (Arbuckle, 2009), seguindo as recomendações de Maroco (2010). Para a extracção de factores foi utilizado o método de máxima verosimilhança e a matriz de covariância foi constituída pelos itens de cada instrumento.

Com o objectivo de proceder à validação da estrutura factorial dos instrumentos (MBI-HSS, UWES-17 e UWES-9) vários modelos foram testados recorrendo-se a análises factoriais confirmatórias. Em todas as análises, os parâmetros foram estimados com base na matriz de variância-covariâncias dos itens da escala. Usou-se o método da máxima verosimilhança para a estimativa desses parâmetros. Os factores foram especificados como variáveis latentes, representando as componentes

hipotetizadas pelos autores dos instrumentos. As correlações entre os factores foram especificadas para serem estimadas livremente. Para assegurarmos a identificação estatística do modelo de medida, as variâncias dos factores foram fixadas em 1.00. A existência de outliers foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis ( $D^2$ ) e a normalidade das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria ( $sk$ ) e curtose ( $ku$ ) uni e multivariada. Nenhuma variável apresentou valores de assimetria e curtose indicadores de violações severas á distribuição normal.

A avaliação da qualidade de ajustamento global do modelo assume-se como uma das fases mais importantes quando se recorre a esta técnica estatística. No entanto, salvaguarda-se que esta não se apresenta como uma temática consensual, sendo que os vários autores referem-se a diferentes valores de corte para os níveis de qualidade de ajustamento (Bollen, 1990; Hu & Bentler, 1999), uns com valores mais ou menos restritivos do que outros. Nesse sentido, importa ter presente na leitura e análise dos resultados obtidos que os valores de referência apresentados na literatura referem-se a modelos com ajustamento excelente, o que não significa que valores ligeiramente abaixo devam ser excluídos (Marsh, Hau & Wen, 2004), devendo ser considerada a combinação de valores e não a exclusão por um dos indicadores estar abaixo do excelente (Howieson, 2008). Tendo em conta estas orientações, neste estudo empírico, a qualidade do ajustamento global dos modelos foi realizada de acordo com os índices absolutos ( $\chi^2/g.l.$ ) e relativos (RMSEA; MNFI ou TLI; CFI), seguindo as recomendações de Maroco (2010). Segundo este autor, os índices de qualidade de ajustamento são considerados bons quando os valores do NNFI (também conhecido por TLI) e do CFI se aproximam de 1 (valores acima de .80 indica um ajustamento sofrível). Para o RMSEA, os valores de referência para um ajustamento bom é  $< 0,06$  e  $p\text{-value} \geq .05$ . Em relação ao  $\chi^2/g.l.$ , este autor considera que revela um ajustamento muito bom quanto mais aproximado de um.

### 3. Apresentação dos resultados

Os resultados dos indicadores de ajustamento dos modelos das análises factoriais confirmatórias dos instrumentos MBI-HSS e UWES-17<sup>10</sup> para esta amostra de

---

<sup>10</sup>Na presente investigação, a análise confirmatória dos instrumentos MBI-SS e UWES-17 apresentaram indicadores de ajustamentamento aceitáveis para esta amostra, encontrando-se em preparação os respectivos artigos para publicação. Os itens de cada instrumento apresentam valores factoriais (*loadings*)



enfermeiros são apresentados, respectivamente, na tabela 20. Como se pode verificar pelos resultados, ambos os instrumentos de medida apresentam indicadores de ajustamento globais considerados como aceitáveis.

Tabela 20. Indicadores de ajustamento dos modelos das análises factoriais confirmatórias dos instrumentos MBI-HSS e UWES-17

<i>Modelos</i>	<i>X<sup>2</sup></i>	<i>gl</i>	<i>CFI</i>	<i>PCFI</i>	<i>TLI</i>	<i>RMSEA</i>	<i>AIC</i>
<i>MBI-HSS</i>	<i>1408,683***</i>	206	.999	.770	.847	.071	<i>1502.683</i>
<i>UWES-17</i>	<i>10762.700***</i>	116	.839	.716	.812	.040	<i>1896.183</i>

\*\*\* $p < .001$

Apresentam-se, a seguir, os valores da consistência interna e das correlações entre as dimensões do MBI-HSS e do UWES-17 (Tabela 21).

Tabela 21. Consistência interna ( $\alpha$  de Cronbach) e correlações entre as dimensões do burnout e do engagement

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1. Exaustão Emocional (0-6)	<b>(.883)</b>					
2. Despersonalização (0-6)	.401**	<b>(.702)</b>				
3. Realização Pessoal (0-6)	-.195**	-.261**	<b>(.766)</b>			
4. Vigor (0-6)	-.376**	-.278**	.608**	<b>(.818)</b>		
5. Dedicção (0-6)	-.380**	-.334**	.599**	.793**	<b>(.871)</b>	
6. Absorção (0-6)	-.159**	-.172**	.472**	.742**	.722**	<b>(.794)</b>

\*\* $p < .01$ ; \*  $p < .05$ ;  $\alpha$  de Cronbach das diferentes subescalas na diagonal.

No que respeita à consistência interna, verificamos que as subescalas estudadas apresentam níveis bastante satisfatórios, variando o  $\alpha$  de Cronbach entre .702 (despersonalização) e .883 (exaustão emocional).

De acordo com a tabela 21, é possível observar que as correlações das variáveis utilizadas neste estudo são todas significativas, variando a sua intensidade de fraca a forte. De uma forma geral verificamos que as subescalas do engagement estão negativamente correlacionadas com as subescalas do burnout, com a excepção da realização pessoal, ou seja, quanto maior a exaustão emocional e a despersonalização, menor é a realização pessoal, o vigor, a dedicação e a absorção com o trabalho. Mais concretamente, os resultados encontrados mostram que a exaustão emocional apresenta uma correlação negativa fraca com as subescalas absorção e realização pessoal ( $r = .159$ , e  $r = .195$ ;  $p < .01$ ) e uma correlação negativa moderada com as subescalas vigor e

---

elevados e significativos no factor para o qual foram especificados e encontraram-se também correlações significativas entre os factores no sentido esperado.

dedicação ( $r = .376$  e  $r = .380$ ,  $p < .01$ ). A despersonalização apresenta uma correlação negativa fraca com as subescalas absorção, realização pessoal e vigor ( $r = .172$ ,  $r = .261$  e  $r = .278$ ;  $p < .01$ ) e uma correlação negativa moderada com a subescala dedicação ( $r = .334$ ;  $p < .01$ ). Por sua vez a subescala realização pessoal apresenta uma correlação positiva moderada com as subescalas do engagement, ou seja, a absorção, a dedicação e o vigor ( $r = .472$ ,  $r = .599$  e  $r = .608$ ;  $p < .01$ ). Em suma, quanto maior for a exaustão emocional e a despersonalização dos enfermeiros, menor é a sua realização pessoal, apresentando-se menos vigorosos, dedicados e envolvidos com o trabalho que desempenham.

Tendo presentes as hipóteses do estudo, foram sendo testados e comparados diferentes modelos factoriais alternativos, com base na conceptualização teórica dos autores dos instrumentos e nos estudos de validação factorial. O Modelo 1 (M1, Figura 3) especifica a uma estrutura factorial, constituída por dois factores (burnout e engagement). Neste modelo, hipotetiza-se que as dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal formam o factor burnout e que as dimensões vigor, dedicação e absorção compõem o factor engagement, estando estes dois conceitos negativamente correlacionados. O Modelo 2 (M2, Figura 4) especifica uma estrutura factorial apenas por um factor de primeira ordem, hipotetizando que todos os 17 itens do instrumento da UWES medem uma variável latente (engagement). Finalmente, o Modelo 3 (M3, Figura 5) pretende testar a versão reduzida do instrumento de medida UWES-9 para esta amostra de profissionais, constituída também por três factores: vigor, dedicação e absorção.

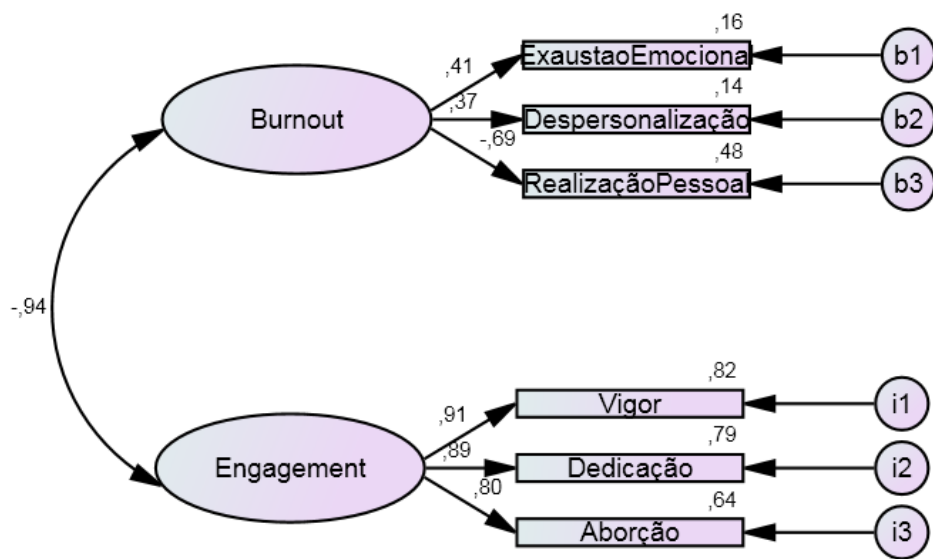


Figura 3. Estrutura bifatorial correlacionada (M1)

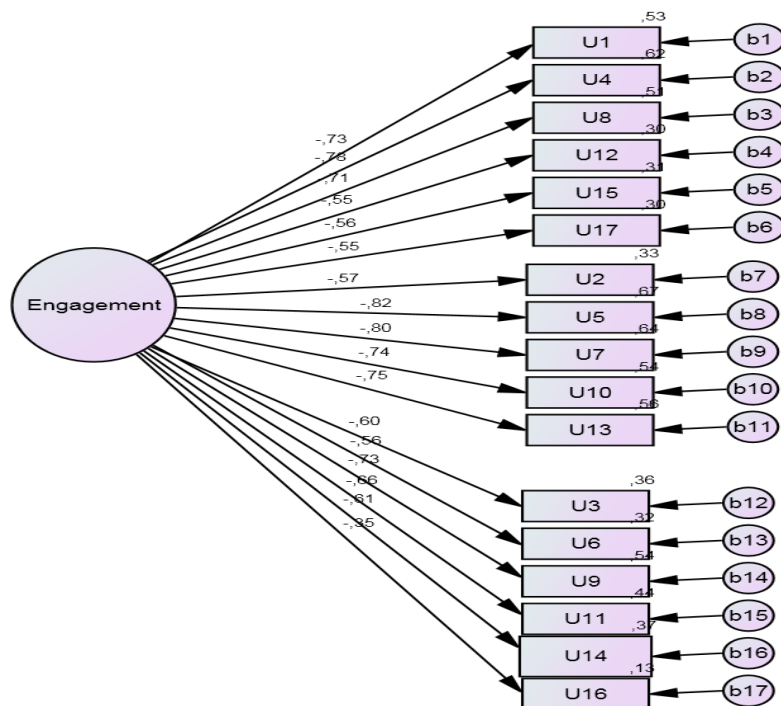


Figura 4. Estrutura uni factorial do instrumento de medida UWES-17 (M2)



Figura 5. Estrutura trifactorial do instrumento reduzido de medida UWES-9 (M3)

Os índices de ajustamento dos modelos alternativos testados são apresentados na tabela 22, cujos resultados são sofríveis.

Tabela 22. Indicadores de ajustamento dos modelos alternativos

Modelos	$\chi^2$	g.l	CFI	PCFI	TLI	RMSEA	AIC
M1: Dois factores correlacionados	305.679***	8	.911	.486	.833	.089	331.679
M2: Factor único	2004.415***	118	.822	.714	.795	.118	2074.415
M3: Estrutura trifactorial reduzida	558.578***	24	.915	.610	.872	.101	600.578

\*\*\* $p < .001$

Assim, em relação ao modelo 1, este apresenta resultados que se ajustam aos dados. Verifica-se que a intensidade das relações entre as dimensões do engagement são mais fortes e todas positivas do que no burnout. A despersonalização é dimensão que apresenta menor valor explicativo do burnout (14%), enquanto no engagement é a

absorção (64%). Em relação ao modelo 2, os índices relativos à estrutura unifactorial do modelo de medida UWES-17 hipotetizado para esta amostra não se revelam aceitáveis. Por fim, o modelo 3, graficamente é representado graficamente na figura 5. Verificamos que apesar de apresentar os parâmetros padronizados (coeficientes estandardizados) estimados para o modelo factorial hipotetizado, revelando, no entanto, um ajustamento sofrível para esta amostra. Os itens apresentam valores factoriais (*loadings*) elevados e significativos no factor para o qual foram especificados, e correlações significativas entre os factores, que seguem também o sentido esperado.

Foi ainda realizada a análise de confiabilidade do instrumento de medida UWES-9 (versão reduzida), examinando-se a fiabilidade das suas três dimensões, calculando a sua consistência interna através do Alfa de Cronbach, bem como do valor de correlação inter-item. Os valores obtidos foram, respectivamente de .818 para o vigor (Vigor\_r), .838 para a dedicação (Dedicação\_r) e .768 para a absorção (Absorção\_r).

Foram também verificados os valores de correlações inter-item, média das correlações item-total e as correlações item-total. Os valores máximos das correlações inter-item cumprem na generalidade os critérios de Hair, Anderson, Tatham e Black (1998) que refere como valor ideal superior a .30, cujo resultado é reforçado pelos valores da média da correlação inter-item que se aproximam dos valores referenciados por Briggs e Cheek (1986) variando entre .3 e .5. Os valores das correlações item-total seguem o critério de Hair e colaboradores (1998), com o valor ideal superior a .50.

#### **4. Discussão**

Este estudo empirico teve como objectivo explorar as qualidades psicométricas e a estrutura factorial dos instrumentos de medida utilizados nesta investigação. Considerando os resultados alcançados, apresentam-se a seguir a discussão dos mesmos, tendo em conta as hipóteses tecidas.

A tendência da literatura sugere que os profissionais com maior exaustão e despersonalização apresentam-se menos vigorosos, dedicados e absorvidos com o trabalho (Maslach & Leiter, 199a; Salanova et al., 2000), uma vez que não se apresentam comprometidos com e para o seu trabalho. Neste estudo, a primeira hipótese

foi formulada nesse sentido, tentando-se apurar se esta amostra de enfermeiros apresentava igualmente esses sentimentos para com o seu trabalho na área de enfermagem. Verificamos que estes grupos profissionais, apesar de estarem expostos a diversas fontes de stress no desempenho da sua actividade profissional, revelaram-se vigorosos, dedicados, absorvidos e, realizados profissionalmente e menos exaustos emocionalmente e acompanhados de atitudes de despersonalização para com os seus Utentes. Estes dados suportam que também nesta amostra, com estes profissionais de saúde, se confirma a relação negativa significativa entre as dimensões do burnout e do engagement, que se assumem como constructos distintos, indo ao encontro da proposta teórica de Schaufeli e colaboradores (2002a, 2002b).

A seguir, pretendemos explorar a validade factorial dos instrumentos utilizados nesta investigação, mais concretamente, do Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) e do Utrecht Work Engagement Scale (UWES) neste grupo de enfermeiros (hipóteses 2 e 3). Os resultados apresentados pelas propriedades psicométricas destes, replicados das versões originais adaptadas, confirmaram uma estrutura trifactorial neste grupo profissional, em ambos os instrumentos, encontrando-se, como esperado, uma invariância estrutural quando utilizados nesta amostra. Nesse sentido e em relação ao instrumento utilizado para avaliar o burnout (MBI-HSS), verificamos que este é composto pelas dimensões exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal e que, em relação ao engagement (UWES), este é constituído pelas dimensões vigor, dedicação e absorção. Verificamos ainda que, entre os enfermeiros, os conceitos de burnout e de engagement encontram-se negativamente correlacionados, corroborando os resultados dos estudos anteriormente realizados por outros autores (Maslach & Leiter, 2008; Salanova et al., 2000; Schaufeli & Bakker, 2004; Schaufeli et al., 2002a, 2002b; Schaufeli & Salanova, 2007). No seguimento dos resultados anteriores, também encontramos neste estudo e como esperado, correlações elevadas entre as dimensões do engagement (acima de .80), que sugerem a possibilidade de estarem a medir um constructo comum subjacente e consequentemente, a utilização de uma única dimensão para a avaliação do engagement no trabalho. Nesse sentido, as análises psicométricas do instrumento de medida UWES-17, para esta amostra de profissionais de saúde específica, encontraram maior apoio para uma solução trifactorial (dada a preferência encontrada no modelo de comparação) do que para uma solução uni

factorial, suportando a quinta hipótese deste estudo e corroborando os resultados encontrados nos estudos de Schaufeli e colaboradores (2002b) e de Nerstad, Richardsen e Martinussen (2009). No entanto, importa salvaguardar as indicações de Schaufeli e Bakker (2004) e Seppälä, Mauno, Feldt, Hakanen, Kinnunen, Tolvonen e Schaufeli (2009), em que o conceito unidimensional de engagement pode também ser utilizado devido às correlações elevadas entre as suas dimensões, tendo em consideração a finalidade e os objectivos na investigação em causa. Nesta investigação, utilizamos uma estrutura tridimensional, uma vez que pretendemos explorar as dimensões do engagent separadamente.

Por último, tivemos como objectivo testar nesta amostra específica de enfermeiros, a versão reduzida da UWES-17, designada por UWES-9 (hipótese 6). De acordo com os resultados obtidos para os nossos dados, este modelo alternativo revelou índices de ajustamento sofríveis no que diz respeito à dimensionalidade deste instrumento de medida na sua versão reduzida e aos seus valores de confiabilidade. Assim, os resultados encontrados de Schaufeli e colaboradores (2006) foram corroborados pelo nosso estudo numa amostra de enfermeiros, que contribuiu de uma forma significativa para reforçar a estrutura tridimensional deste instrumento de medida, em que outras investigações deverão ser realizadas para averiguar a possibilidade da aplicação desta versão reduzida a estes profissionais de saúde.

**CAPÍTULO V**  
**ESTUDO 3- O PAPEL DA SATISFAÇÃO COM O TRABALHO NO**  
**BURNOUT DOS ENFERMEIROS**





## 1. Enquadramento teórico

Actualmente, os Enfermeiros desempenham um papel crucial no âmbito dos cuidados de saúde, caracterizado cada vez mais por elevadas exigências organizacionais, em que se verifica uma escassez de recursos humanos e materiais no atendimento aos Utentes.

Ao pesquisarmos na literatura sobre estudos relativos á satisfação com o trabalho e mais concretamente nos enfermeiros<sup>11</sup>, verificamos que esta é vasta e que aborda uma variedade de questões, que inclui os recursos humanos (Aiken, Clarke & Sloane, 2002; Shaver & Lacey, 2002), o ambiente de trabalho (Aiken, Clarke, Sloane, Lake & Cheney, 2008; Ejaz, Noelker, Menne & Bagaka, 2008; Friese, 2005) e a exaustão emocional (Halm et al., 2005). Vários factores têm sido associados à satisfação com o trabalho, quer ao nível pessoal, quer organizacional. Estudos efectuados por Ejaz e colaboradores (2008) e Kemper, Heier, Barry, Brannon, Angelelli, Vasey e Anderson-Knott (2008) revelaram que o salário, as relações interpessoais no trabalho, a supervisão, o reconhecimento e o respeito foram os elementos associados com a satisfação com o trabalho. McGilton, Hall, Wodchis e Petroz (2007) verificaram que a satisfação com o trabalho está associada positivamente com o apoio da supervisão e negativamente com os stressores relacionados com o trabalho. Kuo, Yin e Li (2008) identificaram o compromisso organizacional da equipa de enfermagem também associado significativamente com a satisfação com o trabalho.

De acordo com a meta-análise realizada por Blegen (1993), este autor encontrou sete características relacionadas com a satisfação no trabalho: o nível de stress, o compromisso organizacional, a comunicação com o supervisor e com os pares, a autonomia, o reconhecimento e a rotina do trabalho. Uma investigação foi conduzida posteriormente no mesmo contexto tendo revelado que a recompensa, as características do trabalho (por exemplo, a autonomia, o feedback) e do próprio contexto laboral (por exemplo, a relação com a supervisão, liderança, stress, participação nas decisões) estão correlacionadas moderadamente com a satisfação com o trabalho (Laschinger, Finegan, Shamian & Wilk, 2001; Ning, Zhong, Libo & Qiujie, 2009). Outras investigações sugerem a autonomia, o salário, o reconhecimento profissional, as exigências da tarefa e

---

<sup>11</sup> Alguns resultados do presente estudo empirico foram já utilizados para a publicação do artigo:  
- Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, 32, 4-21.

as políticas organizacionais como os factores mais importantes na satisfação com o trabalho (Best & Thurston, 2004; Pearsons & Stonestreet, 2004). A insuficiência de recursos humanos foi ainda associada com a insatisfação com o trabalho (Aiken et al., 2002; Kalisch & Williams, 2009; Shaver & Lacey, 2002). Por exemplo, Aiken e colaboradores (2008), nos seus estudos, verificaram que o desagrado reportado pela insatisfação dos enfermeiros aumentava um décimo quando outro Utente era adicionado aos seus cuidados, aumentando a sua carga de trabalho. A alta rotatividade dos profissionais tem um impacto directo sobre o desempenho organizacional (Sochalski, 2004) a motivação pessoal e coesão de grupo (Kuo et al., 2008), e a qualidade do atendimento ao Utente (Aiken et al., 2002).

Nesta linha de pensamento, verificamos que as investigações relacionadas com a satisfação no trabalho em enfermeiros salientam a repercussão dos efeitos das características do ambiente de trabalho, essencial aos níveis dos colaboradores, no reconhecimento, na gestão e na exaustão emocional. No entanto, verificamos que os estudos sobre a relação entre os cuidados de enfermagem prestados e a satisfação pessoal no trabalho dos enfermeiros são ainda escassos (Anselmi, Peduzzi & Dos Santos, 2007; Holley, 2006; Rinke, Shore, Morlock, Hicks & Miller, 2007). Nesse sentido, Kalisch e Williams (2009) no seu estudo, alertaram para a importância desses resultados, ao serem encarados como possíveis indicadores da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

De acordo com a revisão da literatura desenvolvida por Utriainen e Kynga (2009) relativa à satisfação com o trabalho em enfermagem, estes autores encontraram 21 estudos, em que 14 foram realizados nos Estados Unidos. Estes estudos focalizaram a sua atenção em determinadas temáticas, tais como a influência no bem-estar no trabalho, o clima ético, a organização dos cuidados de enfermagem, a estrutura organizacional, os valores, o ambiente da prática ou diferentes factores demográficos (Campbell, Fowles & Weber, 2004; Verplanken, 2004; Smith, Hood, Waldman & Smith, 2005). Outros estudos, por sua vez, enfatizaram os diferentes factores associados com a satisfação no trabalho ou bem-estar no trabalho (Dunn, Otten & Stephens, 2005; McLennan, 2005; Perry, 2005; Kovner, Brewer, Wu, Cheng & Suzuki, 2006) ou os factores com que os enfermeiros estão satisfeitos (Kacel, Miller & Norris, 2005).

A satisfação no trabalho em enfermagem varia de acordo com os diferentes contextos de trabalho. Ingersoll, Olsan, Drew-Cates, DeVinney e Davies (2002) identificaram nos seus estudos que a satisfação com o trabalho varia em função do local do emprego, a área de especialidade e papel de enfermagem desempenhado. De acordo com Boyle, Miller, Gajewks, Hart e Dunton (2006), os grupos de profissionais que trabalham em unidades pediátricas foram apresentavam-se mais satisfeitos e os menos satisfeitos eram aqueles que trabalham nos serviços de cirurgia e nos departamentos de emergência. Kovner e colaboradores (2006) revelaram que os enfermeiros de raça branca, com uma auto percepção saudável, orientados na carreira e a trabalhar no ensino de enfermagem são mais satisfeitos. Adam e Bond (2000) concluíram que as características organizacionais são mais importantes na previsão da satisfação com o trabalho em enfermagem do que as características individuais, ainda que a literatura identifique algumas variáveis socio demográficas e laborais relacionadas com a satisfação no trabalho. Assim, os estudos mostram uma tendência para que os enfermeiros que amavam a sua profissão, percebida com maior autonomia, encontram-se mais satisfeitos com o trabalho (Ning et al., 2009). A estes profissionais são facultados maiores oportunidades, informação, apoio e recursos para trabalhar de forma activa na organização. Juntao, Hua e Fenglan (2006) também relataram uma correlação positiva, estatisticamente significativa, entre a satisfação com o trabalho e o nível de escolaridade, em que os profissionais com ensino superior, maior qualificação, referiram maiores níveis de percepção de satisfação. Curiosamente, os enfermeiros relataram um maior bem-estar subjectivo significativo do que a população em geral nos Estados Unidos (Sparks, Corcoran, Nabors & Hovanitz, 2005). No entanto, a idade, enquanto variável demográfica gera resultados inconsistentes: no estudo de Ruggiero (2005), a idade não se apresentou relacionada significativamente com a satisfação no trabalho, enquanto Ingersoll e colaboradores (2002) encontraram como mais satisfeitos os enfermeiros com mais de 50 anos.

Embora haja uma grande mancha na literatura sobre a relação da satisfação salarial e intenção em abandonar/ mudar de profissão (ver Williams, McDaniel e Nguyen, 2006, para uma meta-análise), verificam-se diferenças nos resultados entre as profissões. A Enfermagem, enquanto profissão assume que os seus trabalhadores apresentem uma satisfação intrínseca que se sobrepõe, frequentemente, ao salário

recebido (Curtis, 2007; Long, 2005). Num outro estudo, Dochery e Barns (2005) encontraram que os enfermeiros que se apresentavam intrinsecamente identificados e comprometidos com a profissão valorizavam essencialmente a ajuda prestada às pessoas, cuidando delas e não tanto o salário recebido. No que respeita á organização do trabalho destes profissionais, Kacel e colaboradores (2005) alerta no seu estudo para a importância dos fatores intrínsecos, em que os enfermeiros são os profissionais mais satisfeitos com os fatores intrínsecos dos seus empregos e os menos satisfeitos com os fatores extrínsecos. De acordo com Smith e colaboradores (2005), a satisfação com a remuneração e benefícios não se apresenta relacionada com a satisfação do seu desempenho profissional, concluindo também que o dinheiro não é, por si só suficiente para justificar a satisfação com o trabalho. No entanto e apesar do ênfase nos fatores internos, alguns estudos têm revelado que o salário, benefícios e recompensas apresentam um papel relevante em alguns estudos ( Hampton & Hampton, 2004; Sparks et al., 2005). Pode-se sugerir, seguindo esta linha de pensamento, que nesta profissão, a maioria dos trabalhadores é mais movida pela satisfação com o conteúdo do trabalho ao invés de da recompensa monetária.

Cuidar dos utentes e em especial, a prestação de cuidados com alta qualidade é apontado na literatura como um factor que gera muita satisfação com o trabalho dos enfermeiros (Mäkinen, Kivimäki, Elovainio, Virtanen & Bond, 2003; McLennan, 2005). Segundo a investigação, a prestação de cuidados de enfermagem fomenta o aumento da satisfação com o trabalho, da mesma forma que atender e ajudar os Utes, obtendo a sua satisfação são os melhores aspectos do trabalho de enfermagem (Newman & Maylor, 2002). As investigações realizadas por Dunn e colaboradores (2005) e Perry (2005) têm destacado a importância da qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem. Segundo este último autor, os enfermeiros, que acreditam que o seu desempenho é acompanhado por uma elevada qualidade e conseguem estabelecer uma ligação empática e forte com os seus Utes são os que revelam uma maior satisfação com a sua carreira. Cuidar dos utentes é assim um factor significativo que aumenta a satisfação com o trabalho nestes profissionais, incluindo os seguintes aspectos: a experiência sentida de ter proporcionado uma boa prestação de cuidados, com reconhecimento do utente e sua família através de elogios, a alegria por assistir à melhoria e recuperação dos utentes, a oportunidade de estar envolvido em eventos

significativos e uma sensatez emocional, como recompensa espiritual dos cuidados prestados (McNeese-Smith, 1999). Nesse sentido, os estudos desenvolvidos por Newman e Maylor (2002) indicaram que os enfermeiros gostam de fornecer bons cuidados aos utentes, conhecer as suas necessidades, assistir á sua recuperação e serem reconhecidos pelo trabalho efectuado. Boas relações terapêuticas (Dunn et al., 2005; Jackson, 2005) e uma forte aliança terapêutica com os utentes (Perry, 2005) parecem ter um impacto significativo na satisfação com o trabalho nestes profissionais. Esta ligação profunda com os utentes reafirma o valor da dignidade da pessoa, permitindo respeito e esperança no acompanhamento do seu processo de doença e de recuperação.

De acordo com os estudos encontrados sobre a satisfação com o trabalho dos enfermeiros, a investigação parece eleger duas fontes principais: as relações interpessoais entre enfermeiros e a assistência ao utente (Lautizi, Laschinger & Ravazzolo, 2009). A organização do trabalho de enfermagem também se revelou como um preditor significativo de bem-estar no trabalho. A satisfação no trabalho nos enfermeiros reside essencialmente nas relações humanas estabelecidas entre estes profissionais e os factores laborais envolventes (Adam & Bond, 2000; Newman & Maylor, 2002; Dunn et al., 2005; McLennan, 2005), assumindo-se como preditores significativos. Segundo Adam e Bond (2000), a satisfação com o trabalho está mais fortemente associada às relações sociais e profissionais no local de trabalho. Do mesmo modo, McLennan (2005) no seu estudo sugere que a interacção com outras pessoas se apresenta como a maior fonte apoio. Newman e Maylor (2002), referem que os enfermeiros identificaram as relações interpessoais (colegas de trabalho e do atendimento aos utentes) como os aspectos positivos do seu trabalho. Do mesmo modo, Dunnet e colaboradores (2005) encontraram nos seus estudos que as relações com outros membros da equipa de enfermagem são considerados como os mais importantes factores para a satisfação no trabalho e a optimização dos cuidados prestados ao utente. As relações com a equipa médica também são valorizadas (McNeese-Smith, 1999; Adams & Bond, 2000), assim como a comunicação entre os enfermeiros e o pessoal médico (Manojlovich, 2005).

A harmonia entre os enfermeiros (McLennan, 2005; Boyle et al., 2006), a restante equipa multidisciplinar (Adams & Bond, 2000; Kovner et al., 2006), a colaboração e a boa comunicação (McNeese-Smith, 1999; Bégat, Ellefsen &

Severinsson, 2005) assumem-se como preditores da satisfação profissional em enfermeiros. O trabalho em equipe apresenta igualmente um papel preditivo da satisfação com o trabalho (Newman & Maylor, 2002; Jackson, 2005). Os estudos desenvolvidos por Campbell e colaboradores (2004) referem que o ambiente de trabalho pode ter influência positiva na satisfação com o trabalho: os ambientes de trabalho em que os supervisores consultam os subordinados (sobre tarefas de trabalho e decisões, por exemplo), e em que os indivíduos estão envolvidos com os colegas na tomadas de decisões e na definição de tarefas estão positivamente relacionadas com a satisfação com o trabalho. No estudo de McNeese-Smith (1999) é salientada a importância da amizade e da solidariedade nos relacionamentos com colegas, traduzido na inter ajuda encontrada na prestação de cuidados aos Utentes, nas conversas partilhadas e momentos de convívio e de lazer juntos.

Também o clima social do serviço parece apresentar uma influência sobre a satisfação com o trabalho nos enfermeiros (Verplanken, 2004). Associado a este, o clima ético na prestação dos cuidados (Joseph & Deshpande, 1997) e os valores organizacionais estão relacionadas de forma significativa as relações humanas (Verplanken, 2004). Este autor revelou, no seu estudo norueguês, que os valores relacionados com as relações humanas incluem a participação, a capacitação e a discussão aberta, com uma sensibilidade para as ideias partilhadas dos profissionais, lealdade e confiança. Quando esses valores prevalecem, os enfermeiros apresentam uma atitude positiva, e a sua satisfação no trabalho é, por isso, maior.

Em suma, alguns estudos sugerem diferentes preditores importantes para a satisfação com o trabalho em enfermagem, numa perspectiva mais organizacional, tal como a relação entre o trabalho e a família (McNeese-Smith, 1999; Kovner et al., 2006; Ruggiero, 2005). Outros estudos apontam como factores de satisfação com o trabalho um ambiente favorável e harmonioso para a prática dos cuidados de enfermagem, cujo desempenho corresponda às suas expectativas (Smith et al., 2005), uma carga de trabalho equilibrada e com recursos de pessoal (Adams & Bond, 2000; McNeese-Smith, 1999), níveis adequados de tempo para assistir os utentes, disponibilidade para investir em focos de interesse, como por exemplo, participar em projectos (Dunn et al., 2005), adequação da prática de enfermagem (Adam & Bond, 2000), autonomia (Dunn et al., 2005; Kovner et al.,

2006), a variedade das tarefas, com uma baixa restrição organizacional e uma distribuição justa e equitativa (Kovner et al., 2006), a liderança da área de trabalho (Dunn et al., 2005), e, especialmente, o suporte disponibilizado pelo supervisor (Kovner et al., 2006). Outros estudos apontaram ainda a importância do profissionalismo, do estatuto profissional e do desenvolvimento profissional para a satisfação com o trabalho (Bégat et al., 2005; Boyle et al., 2006; Kovner et al., 2006). É de notar que McNeese-Smith (1999) ressalva os principais aspectos relacionados com o profissionalismo: a centralidade dos enfermeiros para assistir o Utente, as oportunidades para a produção de um pensamento independente, oportunidades de entrada para a organização, as oportunidades de aprendizagem e de crescimento profissional.

Parece, assim, consensual que os enfermeiros são uma das classes especialmente propensas a experimentar as consequências do stress e consequentemente o burnout (Maslach et al., 2001, 2008; Demerouti et al., 2000; DeFrino, 2009; Dias et al., 2010a; Escribá-Agüir et al., 2006). Por conseguinte, o stress da natureza desta profissão pode conduzir à insatisfação com o trabalho insatisfação e ao burnout (Aiken et al., 2008; Araújo et al., 2003; Iacovides et al., 2003).

Face ao difícil contexto social e económico a que se tem vindo a assistir, as organizações hospitalares tem tido necessidade de rever os mapas de pessoal, de reestruturar o seu trabalho e as funções dos seus colaboradores, no sentido de conter custos (Martins, 2003). Para além das organizações de saúde, em especial as hospitalares, serem considerados sistemas organizacionais muito complexos, compostos por variados e diferentes departamentos e serviços com situações emocionalmente intensas e exigentes (Martins, 2003), estes profissionais experienciam, diariamente e de forma continuada, elevados níveis de stress (Demerouti et al., 2000).

A satisfação com o trabalho e o burnout nos profissionais de saúde apresenta-se como uma questão muito pertinente e importante, uma vez que podem afectar as taxas de rotatividade (turnover) e da permanência dos trabalhadores, assim como a qualidade do atendimento e prestação de cuidados ao Utente. A satisfação com o trabalho e o burnout tem sido estudada em vários países industrializados nas últimas décadas, mas nos países em desenvolvimento essa atenção só foi enfatizada nas duas últimas décadas. Algumas fontes de stress encontradas em vários estudos com



enfermeiros são: o conflito com os Utentes, os problemas com os colegas e supervisores, a incerteza inerente ao tratamento, o lidar com a morte e com a doença; o trabalho por turnos, o conflito e ambiguidade de papel; o baixo salário, a falta de oportunidades de carreira, a falta de autonomia e de suporte social; a pressão do tempo e o excesso de trabalho. Os factores relatados na literatura que afectam a satisfação com o trabalho em enfermeiros são variados, tais como, a carga de trabalho, a remuneração, a segurança no trabalho (vínculo profissional), a relação com os superiores e colegas da organização. O burnout está associado com um turnover elevado, absentismo excessivo, atitudes negativas para com o trabalho, baixa auto-estima e uma deterioração no idealismo em ajudar os outros (Takase, Maude & Manias, 2006). A autonomia tem sido encarada como um preditor chave da satisfação com o trabalho dos enfermeiros (Ruggiero, 2005) assim como o ambiente de trabalho (McLennan, 2005). As investigações alertam para o significado do papel assumido pelos supervisores na melhoria do desempenho dos enfermeiros face às fontes de stress. Manojlovich (2005) observou que os enfermeiros que se sentem impotentes e insatisfeitos com seus empregos são particularmente susceptíveis ao burnout e à despersonalização.

Apesar de os investigadores não se terem debruçado muito sobre a relação clima organizacional/burnout, os estudos de Hock (1988) encontram uma relação inversa entre burnout e a percepção de um clima organizacional adequado. Estes estudos dão consistência à opinião expressa por muitos teóricos que consideram o ambiente laboral, as características do posto de trabalho e outras variáveis organizacionais (tais como tomada de decisão, autonomia e comunicação) como aspectos importantes na génese do burnout. Segundo Maslach (1982), a quantidade e o grau de relacionamento com os utentes dos serviços de saúde, têm influência no risco de esgotamento e de burnout. Estes são directamente proporcionais ao tempo de duração e à intensidade das relações interpessoais. Frequentes solicitações de suporte emocional, contacto constante com pessoas com problemas graves, por vezes, em situações sociais e familiares complexas são alguns dos principais factores conducentes à síndrome de exaustão, pela exigência e desgaste emocional que envolve. Os sentimentos e a conduta dos utentes podem aumentar as dificuldades na prestação de serviços. Frequentemente, os utentes, seus familiares e amigos, manifestam preocupação, ansiedade e receios

perante o futuro próximo. Muitas vezes interpretam erradamente o que se lhes diz, mostram-se angustiados, queixam-se de forma insistente e constante, por vezes pouco cordial e até mesmo agressiva. Para, além disso, é mais frequente ouvirem-se críticas e queixas relativamente à forma como os profissionais realizam o seu trabalho do que apreciações positivas, até porque o lado considerado positivo é o que é esperado, e faz parte das obrigações (Maslach & Jackson, 1981a).

Na perspectiva de Numerof e Abrams (1984), a ausência de uma estrutura organizacional bem definida pode estar na origem de situações demasiado ambíguas que favorecem a génese do burnout. Uma estrutura organizacional muito rígida pode determinar níveis baixos de autonomia, que em contrapartida podem conduzir à instalação de um nível elevado de burnout (Golembiewsky et al., 1993).

A ambiguidade de papéis, sobrecarga de funções e conflitos de papéis são as três variáveis situacionais mais estudadas em relação às consequências do burnout. De acordo com Maslach e colaboradores (2001), existem estudos que evidenciam uma correlação consistente, entre moderada a elevada, relativamente ao conflito de papéis e burnout. Para Thompson, Kirk e Brown (2005), a sobrecarga de funções e a ambiguidade de papéis, predizem a componente exaustão emocional do burnout. Outras exigências qualitativas do trabalho (tais como a severidade dos problemas dos clientes) têm apenas sido estudadas ocasionalmente, mas as correlações seguem a mesma direcção (Maslach et al., 2001).

Nos profissionais de saúde a ausência de critérios de sucesso (relacionada com ambiguidade e conflito de papéis) acontece quer em termos terapêuticos, quer em termos profissionais. A definição de sucesso terapêutico pode estar relacionada com as expectativas do sujeito face ao resultado da sua intervenção junto do utente e desta forma, fica também condicionada por aspectos subjectivos. O sucesso profissional está essencialmente relacionado com a definição clara do que é um comportamento profissional adequado e ao reconhecimento dos seus esforços de trabalho, ou seja, à avaliação que os outros fazem do seu desempenho das suas funções, o que é extremamente importante para a manutenção de uma auto-avaliação positiva. A existência de ambiguidade é determinante na tensão, ansiedade e insatisfação profissional vivenciada, bem como na diminuição do desempenho, traduzida pelo sentimento de que não importa o quanto se investe no trabalho, pois o profissional

nunca irá obter a retribuição e o reconhecimento adequado. Gera-se também tensão e ansiedade quando falta informação sobre os papéis laborais e quando existem disparidades entre as exigências do posto de trabalho e as convicções ou valores pessoais do indivíduo. São identificados dois tipos de informação associados ao burnout: a informação sobre a tarefa que se espera realizar e a informação sobre os resultados dessa tarefa (feedback). Existe evidência de que a exaustão emocional é mais elevada quando se recebe pouca informação sobre os resultados do trabalho (Maslach & Jackson, 1981a).

Um balanço de trabalhos actuais sugere que, globalmente, o conflito de papéis está mais associado à exaustão emocional e à despersonalização, enquanto a ambiguidade de papéis está mais ligada à realização pessoal. Schaufeli e Enzmann (1998) com base numa meta análise nos estudos efectuada na Alemanha por Pfennig e Hüsch, em 1994, referem que o conflito de papéis partilha 24% da variância com a exaustão emocional, 13% com a despersonalização e 21% com a realização pessoal. Por seu lado, a ambiguidade de papéis, partilha respectivamente 14%, 8% e 19% de variância com as três dimensões. Para Gil-Monte e Peiró (1999), estes resultados são, em parte, explicados pelo conteúdo dos itens do Maslach Burnout Inventory. O conflito de papéis parece assim estimular respostas mais emocionais (o que corresponde essencialmente à primeira dimensão do questionário, a exaustão emocional), enquanto a ambiguidade de papéis desencadeia respostas cognitivas, medidas principalmente pela realização pessoal. Outro factor identificado na literatura associado à satisfação com o trabalho diz respeito à carga horária. Assim, uma meta-análise realizada a partir de 21 estudos (num total de 37 623 participantes) indicou que existe uma relação entre a amplitude do horário de trabalho e as medidas psicológicas utilizadas, mesmo que as correlações sejam moderadas (Sparks et al., 1997). Uma análise qualitativa suplementar de outros doze estudos vem sustentar a ideia que o aumento das horas realizadas é nocivo à saúde (Trouchot, 2004).

## **2. Objectivos e hipóteses**

Com a realização deste estudo procuramos conhecer a relação entre a satisfação profissional e o burnout nesta amostra de enfermeiros. Mais concretamente,

procurámos avaliar a satisfação e a motivação destes profissionais com trabalho, as causas atribuídas à insatisfação profissional, assim como conhecer a intenção de abandonar a profissão, serviço ou instituição de saúde. Enunciamos as seguintes hipóteses, com base na revisão teórica efectuada e em função dos objectivos referidos:

H1: Existe uma associação significativa entre as dimensões do burnout, satisfação com trabalho, idade, anos de serviço e motivação actual.

H2- A satisfação com o trabalho apresenta maior poder explicativo do burnout quando comparado com variáveis sociodemográficas.

Foi já apresentada, no Capítulo II a caracterização dos participantes, dos instrumentos e do procedimento utilizado no âmbito desta investigação. Para atingir os objectivos deste estudo empírico, foi realizada inicialmente uma análise descritiva dos dados, seguida de uma análise correlacional (Correlações de Pearson) entre as diferentes dimensões do burnout (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal), e as dimensões com a satisfação com o trabalho, a idade, a antiguidade e a motivação profissional. Por fim, efectuamos uma análise de regressão múltipla hierárquica que permitiu determinar o valor preditivo das dimensões da satisfação com o trabalho nas dimensões da síndrome de burnout. De acordo com Bryman e Cramer (2003), a regressão é um poderoso instrumento para resumir a natureza da associação entre variáveis e para fazer predições relativas dos valores prováveis da variável dependente em relação a determinados valores da variável independente. A multicolinearidade entre as variáveis preditores foi avaliada, respeitando todos os requisitos necessários para a sua utilização.

### **3. Apresentação dos resultados**

A seguir apresentamos os resultados das análises obtidos, num total de 1150 participantes, no estudo empírico no sentido de testarmos as nossas hipóteses. O grau de satisfação e de motivação dos profissionais inquiridos é moderado, embora menor do que no início da sua carreira profissional (Tabela 23).

Tabela 23. Grau de satisfação e motivação dos enfermeiros

Grau de satisfação	N	Mín	Máx	M	DP
Satisfação com o seu trabalho no momento actual	1150	1	5	3.31	.969
Motivação quando começou a exercer este trabalho	1150	1	5	4.44	.780
Motivação para exercer o trabalho no momento actual	1150	1	5	3.33	.988

Ao avaliarmos o grau de satisfação e motivação dos enfermeiros (utilizando uma escala de 1 a 5, de pouca até muita satisfação/motivação), e se tivermos em consideração como referência o valor intermédio, verificamos que estes apresentam um moderado grau de satisfação e de motivação com o trabalho no momento actual ( $M=3.31$ ;  $DP=.969$  e  $3.33$ ;  $DP=.988$ , respectivamente), apesar de serem inferiores quando comparadas com a motivação com que se iniciaram na profissão ( $M=4.44$ ;  $DP=.780$ ).

Em relação aos principais motivos de insatisfação com o trabalho no momento actual (Tabela 24), esta amostra de enfermeiros referiu, por ordem decrescente, o reduzido reconhecimento da profissão (71.7%), a má remuneração (68.3%), a insegurança profissional (21.4%), as condições do local de trabalho (19.0%), o pouco tempo disponível para a família ou lazer (11.8%), o comportamento dos Colegas (10.5%), o horário de trabalho (6.9%) e por fim, o comportamento dos Utentes (6.3%).

Tabela 24. Causas de insatisfação profissional dos enfermeiros

Causas de insatisfação profissional	N	(%)
Horário de trabalho	79	6.9
Pouco tempo disponível para família ou lazer	136	11.8
Condições do local de trabalho	218	19.0
Comportamentos dos Utentes	72	6.3
Comportamentos dos Colegas	121	10.5
Insegurança profissional	246	21.4
Má remuneração	785	68.3
Reduzido reconhecimento profissional	825	71.7

Os resultados apresentados a seguir, na tabela 25, permitem-nos afirmar que 44.3% dos enfermeiros manifestou vontade em mudar de profissão, 36.3% em mudar de instituição e 33.8% em mudar de serviço na instituição.

Tabela 25. Vontade dos enfermeiros em mudar de profissão, de instituição e de serviço na instituição

	Sim		Não	
	N	%	N	%
Mudava de profissão	510	44.3	640	55.7
Mudava de instituição	418	36.3	732	63.7
Mudava de serviço na instituição	389	33.8	761	66.2
Total	1150	100.0	1150	100.0

A estatística descritiva das variáveis correspondentes às dimensões dos instrumentos utilizados é apresentada na tabela 26. Estes indicadores foram construídos realizando a média aritmética dos itens de cada dimensão.

Tabela 26. Média, desvios-padrão e as amplitudes das variáveis e respectivas dimensões

Variáveis	Dimensões	Mín	Máx	<i>M</i>	<i>DP</i>
Burnout (MBI-HSS)	Exaustão Emocional	0	6	2.55	1.173
	Despersonalização	0	5	1.17	1.017
	Realização Pessoal	0	6	4.27	.856
Satisfação com o trabalho (CLS S20/23)	Satisfação Supervisão	1	7	4.40	1.141
	Satisfação Ambiente Físico	1	7	4.28	1.338
	Satisfação Benefícios Políticas Organização	1	7	3.23	1.152
	Satisfação Intrínseca	1	7	4.72	1.109
	Satisfação Participação	1	7	4.15	1.119

Nota: MBI-HSS: Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey; CLS S20/23: Cuestionario de Satisfacción Laboral S20/23

Ao procedermos à análise estatística descritiva das respostas aos itens das diferentes dimensões, verificamos que estes profissionais, em relação ao MBI-HSS, apresentam somente realizados pessoalmente “pelo menos uma vez por semana”. Em relação à sua satisfação com o trabalho, verificamos que apenas se encontram “algo insatisfeitos” com a sua satisfação com os benefícios e políticas da Organização onde se encontram. Podemos observar que as correlações das variáveis utilizadas neste estudo são fracas ( $r = .00$ ) a fortes ( $r = .86$ ) e com níveis de significância estatística (Tabela 27). De uma forma mais específica, podemos verificar que a Motivação para o desempenho das suas funções no momento actual encontra-se negativamente correlacionada, de forma significativa com a exaustão emocional, despersonalização, idade e anos de serviço e de forma positiva com a realização pessoal, com a satisfação com o trabalho. Assim, são os profissionais mais jovens e com menos anos de serviço os que apresentam maior motivação no momento actual, com maior realização pessoal, satisfação com o trabalho e menor exaustão emocional e despersonalização.

A Idade encontra-se significativamente e negativamente correlacionada com a exaustão emocional, a despersonalização e de forma positiva com a satisfação com a participação. São então os profissionais com mais idade os que apresentam menor exaustão emocional e despersonalização, com uma maior satisfação com a participação na Organização em que estão inseridos.

Os Anos de serviço encontram-se significativamente e negativamente correlacionados com a despersonalização, a satisfação com o ambiente físico e com os benefícios e políticas da organização e de forma positiva com a idade. Assim, são os profissionais mais jovens, com menos anos de serviço os que apresentam maior exaustão emocional, despersonalização, mais insatisfação com o ambiente físico, benefícios e políticas da organização.

A Exaustão Emocional e a Despersonalização estão correlacionadas de forma significativa e positiva entre si, e negativamente com a realização pessoal e a satisfação com o trabalho. Desse modo, os profissionais com maior exaustão emocional e despersonalização apresentam menor realização pessoal e satisfação com o trabalho.

A Realização Pessoal encontra-se correlacionada positiva e significativamente com a satisfação com o trabalho. Assim, os profissionais mais realizados pessoalmente encontram-se mais satisfeitos com o trabalho.

Tabela 27. Correlações entre as dimensões do MBI-HSS, CLSS20/23 e variáveis sociodemográficas e laborais

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1.EE										
2.DP	.37**									
3. RP	-.21**	-.30**								
4.SS	-.37**	-.23**	.23**							
5.SAF	-.27**	-.13**	.13**	.38**						
6.SBPO	-.31**	-.12**	.07*	.55**	.44**					
7.SI	-.41**	-.23**	.32**	.53**	.39**	.46**				
8.SP	-.33**	-.21**	.22**	.67**	.37**	.62**	.55**			
9. Idade	-.07**	-.02**	.04	.05	-.05	-.01	.02	.05*		
10. AS	-.03	-.17**	.03	.00	-.09**	-.07*	-.00	.01	.86**	
11. MA	-.44**	-.20**	.24**	.43**	.30**	.45**	.50**	.38**	-.10**	-.13**

Nota: \*\* $p < .01$ ; \*  $p < .05$

1.EE-Exaustão emocional; 2.DP- Despersonalização; 3.RP-Realização Pessoal; 4.SS- Satisfação Supervisão; 5.SAF- Satisfação Ambiente Físico; 6.SBPO- Satisfação Benefícios Políticas Organização; 7.SI- Satisfação Intrínseca; 8.SP- Satisfação Participação; 9. Idade; 10. AS- Anos Serviço; 11. MA- Motivação Actual.

Efectuamos em seguida um conjunto de análises de regressão múltipla hierárquica com o objectivo de determinar o valor preditivo das dimensões com o trabalho (*modelo 1*) e das variáveis sociodemográficas – idade, anos de serviço e motivação actual (*modelo 2*) relativamente às dimensões do burnout (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) nestes profissionais (Tabela 28).

Tabela 28. Regressão hierárquica das dimensões da satisfação com o trabalho e da idade, anos de serviço e motivação actual nas dimensões do burnout

<i>Variáveis</i>	<i>Exaustão Emocional</i>		<i>Despersonalização</i>		<i>Realização pessoal</i>	
<i>Modelos</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<b>1.</b>						
SS	-.178**		-.140**		.114	
SAF	-.083**		-.058		.035	
SBPO	-.070		.130**		-.200**	
SI	-.281**		-.179**		.265**	
SP	.005		-.097**		.094*	
<b>2.</b>						
Idade		-.105		-.142		-.022
Anos de serviço		.005		-.048		.075
Motivação actual		-.295**		-.152**		.140**
$R^2$	.241	.299	.098	.014	.113	.125
$Adj R^2$	.238	.296	.094	.136	.109	.121
$R^2$ Change	.241	.060	.098	.044	.113	.014
$F$	72.835**	61.532**	24.855**	23.698**	29.241**	20.778**

Nota. \*\*p < 0.01; \* p < 0.05

SS- Satisfação Supervisão; SAF-Satisfação Ambiente Físico; SBPO- Satisfação Benefícios Políticas Organização; SI- Satisfação Intrínseca; SP-Satisfação Participação.

Na primeira análise de regressão realizada, no modelo 1, ao introduzirmos as dimensões da satisfação com o trabalho, verificamos que a satisfação com a supervisão ( $\beta = -.178$ ), a satisfação com o ambiente físico do trabalho ( $\beta = -.083$ ) e a satisfação intrínseca ( $\beta = -.281$ ) contribuem significativamente, pela negativa, para a predição da exaustão emocional, explicando, no seu conjunto, 24.1% da variância encontrada. Por seu lado, no modelo 2, que engloba as variáveis idade, anos de serviço e motivação actual, é possível constatar que somente esta última constitui um preditor significativo da exaustão emocional, com um poder explicativo de 6.0%. Assim, o modelo um assume-se como o modelo mais significativo para a exaustão emocional, ou seja, a insatisfação com a supervisão, com o ambiente físico e com o conteúdo do trabalho assumem-se como variáveis preditoras mais significativas da exaustão emocional.

Na segunda análise de regressão, verificamos que quando se introduzem as variáveis do primeiro modelo (dimensões da satisfação com o trabalho), a satisfação com a supervisão ( $\beta = -.140$ ), a satisfação intrínseca ( $\beta = -.179$ ) e a satisfação com a participação ( $\beta = -.097$ ) assumem um efeito significativo, pela negativa enquanto a satisfação com os benefícios e políticas da organização assume um efeito positivo ( $\beta = .130$ ) em relação à despersonalização, explicando, no seu conjunto 9.8% da variância total encontrada. A percentagem de variância explicada pelo modelo 2 acrescenta 4.4% ao modelo anterior, em que a motivação actual se assume como a única variável



preditora significativa negativa ( $\beta = -.152$ ). Estes dois modelos, no seu conjunto, contribuem para a explicação de 13.6% da variância encontrada da despersonalização. Assim, em relação á despersonalização, encontramos como variáveis preditoras mais significativas, pela negativa, a satisfação com a supervisão, com o conteúdo intrínseco do trabalho, com a participação e como positivas, a satisfação com os benefícios e políticas da organização e que constituem o modelo mais significativo desta dimensão do burnout.

Por fim, realizamos uma nova análise de regressão com os modelos referidos anteriormente para verificar a sua influência na dimensão do burnout, a realização pessoal. Deste modo, é possível verificar que a satisfação intrínseca ( $\beta = .265$ ) e a satisfação com a participação ( $\beta = .094$ ) contribuem significativamente, pela positiva, e a satisfação com os benefícios e políticas da organização, pela negativa ( $\beta = -.200$ ) para a predição da realização pessoal, explicando, no seu conjunto, 11.3% da variância encontrada. A introdução do modelo 2 acrescentou 1.4% ao modelo anterior da variância explicada, sendo constituído, novamente pela variável preditora significativa, positiva da motivação actual ( $\beta = .140$ ), ficando, o seu conjunto com um total explicativo de 12.1% da realização pessoal. Mais uma vez o modelo que introduziu as variáveis da satisfação com o trabalho assume-se como o mais significativo da realização pessoal.

Verificamos que a satisfação intrínseca inserida no primeiro modelo apresenta-se como a variável preditora comum nas três dimensões do burnout, com um valor significativo negativo mais forte na exaustão emocional ( $\beta = -.281$ ) e despersonalização ( $\beta = -.179$ ) e positivo na realização pessoal ( $\beta = .265$ ). Em relação ao segundo modelo, a motivação actual assume-se como a variável comum nas três dimensões, predizendo negativamente a exaustão emocional ( $\beta = -.295$ ) e a despersonalização ( $\beta = -.152$ ) e positivamente a realização pessoal ( $\beta = .140$ ).

#### **4. Discussão**

Considerando os resultados obtidos, podemos verificar que esta amostra de enfermeiros se apresenta na generalidade e no momento actual, satisfeita e motivada para o exercício das suas funções, dando resposta ao primeiro objectivo deste estudo.

No entanto, se atendermos ao contexto organizacional pode ser condicionado por forças sociais, culturais e económicas, a que temos vindo a assistir nos últimos meses, talvez consigamos compreender o decréscimo dos níveis de motivação quando comparados com o momento em que estes profissionais iniciaram a profissão.

Recentemente e de uma forma “unilateral”, as organizações de saúde têm sofrido mudanças, tais como fusões, que têm tido efeitos significativos na vida dos trabalhadores, consequentemente com um impacto directo ao nível do contrato psicológico. Actualmente é esperado que estes profissionais dêem mais em termos de tempo, esforço, competência e flexibilidade, enquanto recebem menos em termos de remuneração, oportunidades na carreira, duração do emprego e segurança no trabalho. A violação do contrato psicológico é, nesta perspectiva, susceptível de produzir burnout porque corrói a noção de reciprocidade, que é crucial na manutenção do bem-estar (Maslach et al., 2001), conduzindo em simultâneo a sentimentos de insatisfação com o trabalho e a desmotivação para com o exercício da profissão. Ainda nessa linha de pensamento e considerando as principais causas atribuídas de insatisfação profissional referidas por estes profissionais, verificamos que estas estão essencialmente relacionadas com a profissão e com a carreira (reduzido reconhecimento profissional, má remuneração e insegurança profissional), e não tanto com os factores intrínsecos ou do contexto físico onde desempenham a sua actividade laboral. Nesse sentido, o segundo objectivo do estudo foi conseguido, cujos resultados corroboraram com os estudos de Ejaz e colaboradores (2008), Dias e colaboradores (2010a), Martins (2003), Pearsons e Stonestreet, (2004); Kemper e colaboradores (2008) e Ruggiero (2005).

Constatamos, também, com surpresa acrescida de muita preocupação, que quase metade desta amostra de profissionais apresenta uma intenção em mudar de profissão (44%), de instituição (36%) e de serviço na instituição (34%). Estes dados podem sugerir uma crescente insatisfação por parte destes enfermeiros no que respeita à sua actividade profissional no momento actual, indo ao encontro dos estudos que defendem que a insatisfação profissional está altamente associada com o abandono da profissão e com a elevada rotatividade na organização (Bégat et al., 2005; Boyle et al., 2006; Kovner et al., 2006; Kacel et al., 2005). Apesar de estes dados poderem reflectir o desencontro nas expectativas destes profissionais no que concerne ao desempenho da sua actividade profissional nas organizações de saúde, verificamos que a terceira

hipótese formulada neste estudo empírico foi totalmente suportada. Contudo, será muito importante que os órgãos de Administração e em especial, as Chefias, tenham conhecimento desta intenção, uma vez que a permanência dos profissionais nos serviços, a qualidade do atendimento e a prestação de cuidados ao Utente podem estar seriamente comprometidos, como alertam os estudos de Aiken e colaboradores (2008) e Iacovides (2003). Através de uma profunda consciencialização, estes podem tentar implementar estratégias ou racionalizar de maneira adequada os problemas que afectam os profissionais que se encontram numa escala hierárquica mais baixa, comumente designados por enfermeiros assistenciais ou “de cabeceira”, que por sua vez, são também mais susceptíveis ao burnout e minimizar as consequências desta problemática.

A assunção de que as dimensões do burnout, satisfação com trabalho, idade, anos de serviço e motivação actual estão significativamente correlacionadas foi totalmente suportada (hipótese um). Assim, verificamos que a exaustão emocional e a despersonalização estão correlacionadas entre si positivamente e negativamente com a realização pessoal, satisfação com o trabalho, motivação actual, idade e anos de serviço. Mais concretamente, as evidências encontradas nesta amostra de enfermeiros revelaram que os profissionais mais jovens, com menos anos de serviço são os que apresentam uma maior motivação no momento actual, maior realização pessoal e, globalmente maior satisfação, apesar da exaustão emocional e das atitudes de despersonalização. De acordo com a literatura, estes jovens profissionais encontram-se muito motivados para desempenharem a sua profissão, assumindo na íntegra a sua vocação humanista e altruísta para cuidar dos Utentes, subvalorizando a importância da influência do contexto organizacional e das condições remuneratórias face às exigências sociais (Mäkinen et al., 2003; McLennan, 2005; Maslach et al., 2001; McNeese-Smith, 1999; Hampton & Hampton, 2004; Sparks et al., 2005).

Ao serem confrontados com as dificuldades laborais diárias, quer das problemáticas dos Utentes nas mais variadas perspectivas, quer da instituição, estes profissionais desenvolvem sentimentos de frustração e incapacidade em superar as suas expectativas iniciais associadas a uma ambiguidade de papéis, esforço acrescido, falta de autonomia e de suporte por parte das Chefias. A ambiguidade de papéis surge na falta de informações claras e consistentes acerca das tarefas a desempenhar, dos objectivos a atingir, da forma de realizar o seu trabalho, dos direitos, dos deveres, das

responsabilidades ou dos procedimentos que permitem verificar se o trabalho foi bem realizado. Os pedidos constantes dos Supervisores aos enfermeiros, para simultaneamente trabalharem mais, com menos recursos e melhorar a qualidade da sua produção são um caso típico e crescente de conflito de papéis (Trouchot, 2004), opondo-se aos valores essenciais da profissão, diminuindo o reconhecimento do estatuto social. Os momentos de integração nos serviços são cada vez mais diminutos e exigentes e, os contratos para estes profissionais espelham já as reestruturas em curso da carreira, limitando os seus benefícios profissionais e as oportunidades, conduzindo a uma insatisfação com o ambiente físico, benefícios e políticas da organização, contribuindo também para o reconhecido fenómeno da emigração destes profissionais altamente qualificados.

A segunda hipótese deste estudo afirmava que a satisfação com o trabalho era a principal variável preditora negativa do burnout. Os resultados obtidos neste estudo empírico suportaram parcialmente esta hipótese, na medida em que encontramos a satisfação intrínseca e a motivação actual como as variáveis preditoras comuns nas três dimensões do burnout. A motivação actual assume-se com um valor significativo negativo mais forte na exaustão emocional e na despersonalização e a satisfação intrínseca com um valor positivo mais forte na realização pessoal. Estes resultados vão assim ao encontro da literatura, em que alguns estudos sugerem diferentes preditores importantes para a satisfação com o trabalho em enfermagem, ora na esfera organizacional (McNeese-Smith, 1999; Kovner et al., 2006; Ruggiero, 2005), ora na esfera interpessoal, que fomenta essencialmente motivação destes profissionais. Parece assim importante que, idealmente, estes enfermeiros desempenhem os seus cuidados num ambiente favorável e harmonioso, correspondendo às suas expectativas, com uma carga de trabalho equilibrada, com níveis adequados de tempo para assistir os utentes, disponibilidade para investir em focos de interesse que contribuam para o reconhecimento profissional, supervisionados e apoiados pelas Chefias e que promovam a autonomia (Adam & Bond, 2000; Best & Thurston, 2006; Dunn et al., 2005; McNeese-Smith, 1999; Kovner et al., 2006; Smith et al., 2005).

A tónica colocada pelos enfermeiros em assistir o Utente, com oportunidades para a produção de um pensamento independente, de participação na organização, de aprendizagem continua com conseqüente crescimento pessoal e profissional são

reportados pela literatura como os principais vectores da motivação e da satisfação com o trabalho neste grupo profissional. Parece, pois, claro, que o stress influencia, decisivamente, todas as áreas da nossa vida, sendo as suas repercussões especialmente significativas no mundo do trabalho, pois é neste contexto que as pessoas passam grande parte do seu tempo. Deste modo, a actividade laboral pode ser extremamente enriquecedora ou constituir uma fonte de stress que gradualmente de desgaste. Quando o profissional se sente incapaz de controlar as situações de trabalho, quando não contém estratégias de controlo adequadas e quando não possui qualquer fonte de apoio social que o ajude a lidar com as dificuldades laborais, estes reagem, quer ao nível emocional, cognitivo, comportamental ou fisiológico, com repercussões negativas e até mesmo dramáticas em outras dimensões da vida.

**CAPÍTULO VI**  
**ESTUDO 4- A INFLUÊNCIA DO HARDINESS E DA SATISFAÇÃO**  
**COM O TRABALHO NO BURNOUT DOS ENFERMEIROS**



## 1. Enquadramento teórico

Desde que o conceito do burnout foi introduzido na literatura científica, o estudo desta problemática nos enfermeiros tem recebido uma atenção contínua e crescente por parte dos investigadores. A razão deste fenómeno parece evidente, uma vez que este grupo profissional da área da saúde é especialmente susceptível ao perigo de burnout, devido, essencialmente, à natureza do seu trabalho e dos efeitos negativos sobre a sua saúde mental e física, eficácia e produtividade (Harrison, Loisel, Duquette & Semenik, 2002; Hudek-Knezević et al., 2011; Van Bogaert, Meulemans, Clarke, Vereyen & Van Heyning, 2009).

Em 1990, na sua revisão sobre os 15 anos de pesquisas sobre o burnout, Enzmann e Kleiber (1990) encontraram 144 estudos de burnout em enfermeiros. Duquette e colaboradores (1994), ao pesquisar na literatura sobre o conhecimento empírico relacionado com os factores associados ao burnout em enfermeiros, analisaram 300 documentos. Alguns estudos evidenciaram, que os enfermeiros são profissionais particularmente expostos a altos níveis de pressão e stress (Carlotto, 2009; Dias & Queirós, 2010a<sup>12</sup>; Demir et al., 2003; Schaufeli & Buunk, 2003; Silva & Gomes, 2009), com um impacto negativo na sua saúde e bem-estar, reduzindo satisfação de emprego (Hu & Liu, 2004; Hudek-Knezević et al., 2011; Rosa & Carlotto, 2006), com repercussões ao nível físico e psicológico (Betina, 2006; Riahi, 2011), aumentando absentismo (Borda & Norman, 1997; Yin & Yang, 2002; Jenkins & Elliott, 2004; Hayes et al., 2006) e abandono da profissão (Schaufeli & Janczur, 1994; Takase et al., 2006).

As exigências do contexto hospitalar são variadas (Chang et al., 2006; Moreno-Jiménez, Garrosa, Corso, Boada & Rodriguez-Carvajal, 2012; Palácios, 2000), que associadas ao reduzido número de profissionais, longos dias de trabalho, pressões de tempo, falta de reconhecimento profissional, salário pouco atractivo e sobrecarga de trabalho, podem de facto, condicionar tanto a qualidade dos cuidados como a qualidade de vida e a saúde mental do profissional (Costa et al., 2000; Fazelzadeh Mehdizadeh & Sahraeeian, 2008; Lake & Friese, 2006; Montoro-Rodriguez & Small, 2006; Routledge et al., 2009). Outros factores de risco descritos na literatura são a carga de trabalho

---

<sup>12</sup> Parte dos dados deste estudo empírico foram utilizados no capítulo:

- Dias, S. & Queirós, C. (prelo, aceite em 2012). The role of hardiness in burnout of nurses. In J. Neves & S.P. Gonçalves (Eds.), *Occupational Health Psychology: from burnout to well-being* (pp.x-y, no prelo). Rosemead, CA, USA: Scientific & Academic Publishing.



excessiva, as tarefas monótonas, os conflitos com superiores ou colegas, e a exposição a comportamentos agressivos dos Utentes e seus familiares (Danhof-Pont et al., 2011)

As pesquisas mais recentes sobre burnout nestes profissionais (Bakker et al., 2000; Carlotto & Câmara, 2008b; DeFrino, 2009; Fazelzadeh et al., 2008; Hayes et al., 2006; Maslach, 1982; Kilfeder, et al., 2001; Lin & Mcveigh, 2009; Schaufeli & Buunk, 2003; Shirom, 1989; Ross, Jones, Callaghan, Eales & Ashman, 2009) revelaram que os enfermeiros para além de lidar com as suas próprias emoções, também têm que gerir as suas emoções para e com os outros, em especial dos Utentes, ficando por vezes mais expostos e desgastados emocionalmente. Aliadas a essa fragilidade, a sobrecarga de trabalho, as relações interpessoais, os recursos limitados e os constrangimentos burocráticos contribuem para aumentar as fontes de stress (Bühler & Land, 2003; Chang, Li, Wu & Wang, 2010; Garrosa, Moreno-Jiménez, Liang & González, 2008; Jenkins & Elliott, 2004; Harrisson et al., 2002; Hu & Liu, 2004; Kuo et al., 2008; Montoro-Rodriquez & Small, 2006).

Lorenz, Benatti e Sabino (2010) encontraram no seu estudo com 149 enfermeiras uma prevalência de burnout de 7 %, concluindo que a vulnerabilidade a esta problemática aumenta devido ao stress experimentado no ambiente de trabalho. Bakker e colaboradores (2005) estudaram 1 849 enfermeiras que desempenhavam funções em unidades de cuidados intensivos de 12 países europeus. Eles identificaram que os profissionais que são expostos a altas exigências, com poucos recursos no trabalho sofrem de burnout, podendo-se verificar inclusive o contágio emocional. Num outro estudo, Pienaar e Bester (2011) com uma amostra de 513 enfermeiras sul-africanas, sugerem que estas apresentam níveis elevados de exaustão emocional e despersonalização associada a níveis moderados de realização pessoal, manifestando vontade em deixar o seu emprego ou trocar de serviço na instituição.

A maioria de estudos sobre o burnout é distinguida essencialmente sob duas perspectivas: a clínica e a psicossocial. A perspectiva clínica pode ser definida como um estado de exaustão, desilusão e perda do interesse no trabalho, que aparece nos profissionais que têm um contacto directo e diário com pessoas. Similarmente, a perspectiva psicossocial, que reúne o maior consenso na comunidade científica, compreende a síndrome burnout como um processo que se desenvolve na interacção das características do ambiente de trabalho e características pessoais (Bakker et al., 2000;

Ford-Gilboe & Cohen, 2000; Gil Monte & Peiró, 1997; Maslach et al., 2001; Utriainen & Kynga, 2009).

Durante muito tempo, as investigações sobre a temática do burnout favoreceram a perspectiva organizacional e institucional, cuja tónica incide no ambiente laboral como factor major desencadeante do processo de burnout. Segundo o Modelo de Exigências e Recursos Laborais (Job Demands-Resources Model- JD-R), proposto por Bakker e Demerouti (2006), procura-se explicar de um modo integrado, o desenvolvimento do burnout promovendo uma visão integrada do bem-estar dos indivíduos, focando tanto os indicadores negativos como os positivos, aplicado a diferentes ambientes ocupacionais, independentemente das exigências particulares e dos recursos envolvidos. Nesse sentido, parece ser consensual que o risco dos profissionais desenvolverem burnout é mais alto se se verificar uma combinação de altas exigências psicológicas e recursos do trabalho pouco eficazes, limitando o seu desempenho e o seu bem-estar. Contudo, ainda parece permanecer pouco esclarecido, no seio do conhecimento científico, a razão que sustenta e fundamenta porque somente algumas pessoas desenvolvem burnout face às mesmas circunstâncias laborais. Outros factores, de natureza mais individual, são também identificados na literatura, no desempenho de um papel importante no processo de burnout, tais como os traços de personalidade (Bühler et al., 2002; Harrison et al., 2002; Garrosa et al., 2008; Hudek-Knezević & Kardum, 2009; Maddi, 2006; Kim et al., 2009).

O trabalho, com todas as suas contrariedades e constrangimentos, revela-se desde logo, um factor que contribui para a construção e desenvolvimento da personalidade, quer pelas experiências que proporciona, quer pelas tarefas, quer pelo ambiente social. No trabalho, o indivíduo confronta-se com uma diversidade de tarefas que podem constituir desafios de várias ordens, criando oportunidades de superação para o indivíduo. A forma como o indivíduo supera tais dificuldades, como executa essas tarefas e os resultados que obtém, fornecem-lhe informações sobre as suas capacidades, competências e potenciais. Esta informação reforça, ou reformula a imagem de si mesmo, sendo assim, integrada na personalidade (Ramos, 2001). O trabalho é, assim, um elemento crucial na estruturação da personalidade. Curiosamente, este permite a expressão e a realização de uma personalidade em construção e, em simultâneo, fornece-lhe matéria para a sua própria reinvenção. Assim, o trabalho tanto

pode proporcionar bem-estar, equilíbrio, realização pessoal e saúde, como mal-estar, desequilíbrio, stress, frustração e doença, assumindo-se como uma das dimensões fundamentais da existência humana.

Na articulação entre a actividade profissional e as características individuais, o trabalho estimula e proporciona a expressão e a realização das tendências profundas da personalidade (Lanelaan, Bakker, Van Doornen & Schaufeli, 2006). Assim, o trabalho assume-se como um meio de expressão individual e de desenvolvimento, em que a personalidade do indivíduo condiciona a forma como este percebe e interpreta as diferentes situações do seu quotidiano. Por outro lado, é aceite pela comunidade científica que a personalidade sofre alterações ao longo da vida, recriando-se e transformando-se em função das relações e transacções nas diferentes dimensões da vida do sujeito. Assim, a personalidade não pode ser concebida somente como um simples produto de elementos biológicos ou sociais, mas contemplando também a interacção dos factores inatos (hereditariedade, temperamento, carácter, entre outros) e dos factores adquiridos. Dessa forma, é importante que a personalidade seja considerada como um fenómeno em constante mudança, salvaguardando que existem elementos estáveis ou estruturais que se sobrepõem ao tempo e tornam decisivos para a compreensão do comportamento (Hall & Lindzei, 1993).

Procurando na literatura traços de personalidade que tentam explicar como resistir ao stress, encontramos o conceito de hardiness, como um traço negativamente correlacionado com o stress e o burnout, embora as investigações, nomeadamente ao nível nacional, sejam limitadas neste âmbito e com esta amostra específica (Costantini et al., 1997; Dias & Queirós, 2010a; Dias et al., 2010; Kobasa et al., 1982; Magalhães, 2006; Moreno-Jimenez et al., 2000; Moreno-Jimenez et al., 2012; Peñacoba & Moreno, 1998; Ríos-Risquez, Sánchez-Meca & Godoy-Fernandes, 2010). Este conceito, que na língua portuguesa pode ser compreendido como vigor, força, robustez, coragem ou intrepidez, foi utilizado inicialmente na investigação para se reportar às áreas da biologia, referindo-se á qualidade das colheitas resistirem às condições climáticas adversas.

No entanto, Kobasa (1979), nas suas investigações, abordou este constructo no domínio psicológico. Estes indivíduos parecem apresentar uma estrutura de personalidade precoce e adequadamente diferenciada, acompanhada por uma grande

capacidade de abertura a novas experiências, novos valores e a factores de transformação dessa mesma estrutura, que apesar de ser bem estabelecida, é flexível e não apresenta resistência à mudança (Kobasa et al., 1982; Ralha-Simões, 2001). De acordo com as investigações e as tentativas de aplicação no terreno, o hardiness pode ser abordado tanto como um conceito ou traço de personalidade, como o resultado de um processo, o próprio processo ou um modo específico de funcionamento.

Este constructo psicológico, que ficou caracterizado com o termo hardiness, também conhecido por hardy personality, personalidade resistente ou resiliente (Judkins, Massey & Huff, 2006; Maddi, 2005, 2008; Moreno-Jimenez et al., 2000; Kobasa, 1979) advém de conceitos teóricos do existencialismo, para o qual o indivíduo, ao longo de sua vida, das suas acções, de uma forma contínua, vai construindo sua personalidade, com inevitáveis mudanças associadas a situações stressantes (Peñacoba & Moreno, 1998). Este conceito não pode ser compreendido como um traço inerente e estático, mas perspectivado como o resultado da relação entre indivíduo-meio, no qual o hardiness traduz a capacidade de o indivíduo resistir às adversidades. Durante os últimos 20 anos, a concepção de hardiness emergiu como uma característica de personalidade que aumenta o desempenho, a conduta, a moral, a força e a saúde, actuando assim como um preditor negativo do stress (Garrosa et al., 2010; Ghorpade, Lackritz & Singh, 2011; Herrera et al., 2007).

Nessa linha de pensamento, o hardiness é um constructo da personalidade que reflecte a medida até a qual a pessoa é capaz de suportar os agentes e as fontes de stress sem adoecer, devido a tensões elevadas psicológicas ou físicas (Kobasa, 1979; Maddi, 2005). Segundo Ford-Gilboe e Cohen (2000), este conceito desempenha um papel principal na protecção de pessoas dos efeitos nefastos do stress na saúde. Os indivíduos resilientes tendem, na generalidade, a acreditar que conseguem controlar de alguma forma a sua reacção aos eventos que experienciam, percebendo os agentes e as fontes de stress como desafios e oportunidades, e não como ameaças, estando comprometido aos vários domínios da sua vida (por exemplo, na família, trabalho, rede de amigos).

Segundo Maddi (2005, 2006), o conceito de hardiness traduz a melhor definição de coragem existencial, de seguir adiante, em que a pessoa encara a vida, estrutura o seu modo de pensar e de interagir para com os outros de uma forma positiva, promovendo a sua motivação para ultrapassar situações consideradas difíceis.

As investigações revelaram inicialmente o hardiness como um moderador nas relações de tensão e de stress (Hudek-Knezevic, Krapic & Kardum, 2006), revelando efeitos directos e indirectos na saúde e no bem-estar, uma vez que promove o uso de recursos sociais, de estratégias de coping, “transformando” a percepção da situação adversa, encarando-a com mais optimismo e menor tensão (Ford-Gilboe, 2000; Judkins et al., 2006). Paralelamente, os estudos sugerem também que o hardiness apresenta um efeito principal sobre o burnout, encontrando-se uma relação negativa entre estes conceitos. Os profissionais “resilientes” encaram as situações difíceis e complicadas como desafios e oportunidades e não como barreiras inultrapassáveis. Ao gerir estas situações, estes indivíduos simultaneamente desenvolvem e adoptam um plano de acção, mobilizam recursos para a resolução com o menor sofrimento e de forma mais salutar. Assim, os indivíduos que enfrentam circunstâncias de stress semelhantes percebem, respondem e são afectados de forma diferente os agentes e fontes de stress (Kobasa, 1979).

Desse modo, o hardiness pode ser considerado como um modo específico do funcionamento humano face à adversidade, enquanto traço de personalidade (Anaut, 2005) ou como uma habilidade em resistir às adversidades, sendo utilizada como um factor de crescimento pessoal (Maddi, 2006; Sória, Santoro, Souza, Menezes & Menezes, 2006), sob condições de stress.

O hardiness é assim definido como uma característica de personalidade que compreende as dimensões de compromisso, controle e desafio (Harrison et al., 2002; Kobasa, 1979; Ouellette, 1993), sendo comparado a um "colete à prova de bala" (Mallar, 2003; Salton, 2002), composto por características da personalidade, tais como a coragem, ousadia, ausência de sentimentos de desamparo e estilo activo e não-passivo de viver, empreendedores podendo ser resumidas, em três dimensões: compromisso, controle e desafio.

O compromisso pode ser definido como a capacidade dos indivíduos estarem envolvidos nas suas actividades de vida, incluindo o trabalho, reconhecendo-as e identificando-as como uma parte importante. As pessoas comprometidas apresentam um sistema de crenças que minimizam, de alguma forma, a ameaça percebida. Ao estarem activamente envolvidos com os outros, reconhecem as suas capacidades, competências, objectivos e decisões, para enfrentar essas situações de stress com sucesso. O controlo

consiste na possibilidade que o indivíduo apresenta para pensar e responder aos diferentes eventos de cada dia, de uma forma maneira activa, considerando as suas consequências e benefícios. Através de uma forte capacidade e controle de decisão, conseguem seleccionar as estratégias mais ajustadas, mais do que se lamentarem com a situação. O desafio está relacionado com a percepção do profissional do seu contexto de trabalho, encarando as situações como oportunidades em aumentar as suas próprias habilidades pessoais (e não como ameaças), mostrando uma flexibilidade cognitiva e tolerância face à ambiguidade de decisões. Estas pessoas apresentam uma relação positiva com a “mudança” encarando-a como um catalisador em que esta requer uma exploração de si próprio a diferentes domínios, proporcionando uma flexibilidade cognitiva e uma maior tolerância às situações causadores de stress e de conflitos (Kobasa, 1979).

Importa ressaltar que para a profunda compreensão deste constructo psicológico, é importante considera-lo como um conceito sinérgico, em que todas as suas componentes o potencializam. Nesse sentido, os indivíduos resilientes devem apresentar valores elevados em cada dimensão e não encará-las de uma forma individual.

O hardiness é uma fonte importante de resistência contra os efeitos negativos do stress entre os profissionais que proporcionam cuidados de saúde (Garrosa et al., 2008; Judkins et al., 2006; Maddi, 2008; Moreno-Jiménez et al., 2012; Soderstrom, Dolbier, Leiferman & Steinhart, 2000; Topf 1989). Os enfermeiros têm que lidar com uma variedade de tarefas, que deverão ser encaradas como desafios ou momentos de oportunidades para o seu crescimento emocional e pessoal. A escolha dos recursos que cada um selecciona, assim como as estratégias que elege para enfrentar as situações de stress, condiciona a sua reacção face às mesmas.

Alguns estudos (Bartone, Ursano, Wright & Ingraham, 1989; Garrosa et al., 2008, 2010, 2012; Judkins et al., 2006; Kobasa et al., 1982) revelaram que, de facto, as pessoas com personalidades resilientes parecem ser menos vulneráveis aos efeitos negativos dos eventos adversos e de stress, em que o hardiness se associa, de forma significativa, positivamente com a realização pessoal e negativamente com a exaustão emocional e com a despersonalização. Em suma, um nível elevado de hardiness está relacionado com nível inferior de stress no trabalho, assumindo-se como um preditor negativo do burnout.

Noutros estudos (Kobasa et al., 1982; Peñacoba & Moreno, 1998), o hardiness não é assumido como um traço estático, mas como a capacidade da pessoa de “resistir à adversidade” (Kobasa, 1979), aumentando a produtividade, força e saúde, actuando por meio disso como um prognosticador negativo de stress (Mallar, 2003). Este aparente factor protector da personalidade conduziu Schaufeli e Enzmann (1998) a revelarem que entre o hardiness e o burnout se verifica uma variância de 10 a 25%, com uma correlação elevada negativa entre hardiness e exaustão emocional.

As investigações sobre o burnout em profissionais de saúde e em particular nos enfermeiros demonstram que o hardiness parece assumir-se como um contributo para compreender como estes profissionais enfrentam as adversidades no e do seu trabalho e como crescem psicologicamente (DeFrino, 2009; González-Roma & Gamero, 2012; Maddi, 2006; Moreno-Jiménez et al., 2012; Torres & Garcia, 2006; Ríos-Castillo, 2007, 2010). Paralelamente, Schaufeli e Enzmann (1998) referem que o burnout poderia ser condicionado por traços de personalidade, apesar de outros estudos sugerirem também interacções complexas entre traços de personalidade diferentes e burnout (Holmström, 2008). Maddi (2006) investigou as reacções das pessoas a situações de stress, mostrando que a coragem para enfrentar novos desafios pode contribuir para uma resiliência face às exigências e pressões diárias (por exemplo, nas situações de contacto com a morte ou sofrimento).

Segundo este autor, a habilidade em aceitar desafios é um dos caminhos para a resiliência. Jackso, Firkto e Edenborough (2007) demonstraram que a resiliência pode ser encarada como uma estratégia pessoal de resposta às adversidades do local de trabalho, tal como a carga de trabalho excessiva, a falta de autonomia, o reconhecimento social, a remuneração insuficiente ou até os problemas organizacionais. Estes autores encontraram que apesar destas contrariedades, muitas enfermeiras continuam a exercer, superando as adversidades e a crescerem emotivamente. Estes autores concluíram que os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, podem participar de forma activa no desenvolvimento e o aumento da resiliência como uma característica pessoal, reduzindo a sua vulnerabilidade face às dificuldades das suas actividades diárias. Os profissionais com maior percepção de suporte no trabalho apresentam menores níveis de stress e menor satisfação com o trabalho, assim como menor sofrimento psicológico (Norbeck, 1985) e por outro lado, maior hardiness, com estratégias de coping mais ajustadas,

experienciando menor burnout (Bühler & Land, 2003; DeFrino, 2009; Harrison et al., 2002; Moreno-Jiménez et al., 2012).

As investigações sobre burnout nestes profissionais de saúde revelam a complexidade do fenómeno, que aceitam concomitantemente a presença de sensações da frustração, insatisfação com o trabalho, exaustão emocional, e indiferença perante o sofrimento e as necessidades dos seus Utentes. Conscientes de que esta temática foi já investigada por alguns autores, consideramos, no entanto, que a mesma ainda não foi devidamente explorada, nomeadamente em Portugal e nestes profissionais de saúde, em relação ao estudo destas duas variáveis. Até ao momento actual do conhecimento, só se encontrou uma investigação com uma amostra de professores neste âmbito (Dias & Queirós, 2010b). Os resultados obtidos foram convergentes com outros estudos de outros países (Mallar & Capitão, 2004; Moreno-Jiménez, Garrosa-Hernández, Galvez, González & Benevides-Pereira, 2002), revelando uma correlação negativa entre estes dois conceitos assim como em outros países.

## **2. Objectivos e hipóteses**

Tendo em consideração a pertinência teórica e a escassez de estudos neste âmbito, nomeadamente em Portugal, nestes profissionais de saúde, procuramos com a realização deste estudo empírico, nesta amostra, aprofundar o conhecimento que as características pessoais e organizacionais, mais especificamente, do hardiness e da satisfação com o trabalho apresentam no burnout. Mais concretamente, em função do objectivo formulado, enunciamos as seguintes hipóteses:

H1- Existe uma associação negativa entre as dimensões do hardiness e a exaustão emocional e despersonalização e, positiva com a realização pessoal;

H2- O hardiness é uma variável predictora do burnout;

H3- O modelo que melhor explica o burnout apresenta a combinação de factores individuais de personalidade e organizacionais.

No Capítulo II foi apresentada já a caracterização dos participantes deste estudo, dos instrumentos e do procedimento utilizado. Neste estudo empírico foi realizada uma análise correlacional (Correlações de Pearson) entre as diferentes dimensões do burnout (exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal) e as



dimensões do hardiness (compromisso, controle e desafio). Posteriormente foram estimados três modelos de regressão linear entre as variáveis: hardiness, satisfação com o trabalho (variáveis latentes exógenas) e o burnout (variável latente endógena). A escolha das variáveis latentes para cada modelo foi baseada nos itens dos instrumentos utilizados no estudo. Mais concretamente, estes modelos estruturais tentaram especificar quais das variáveis latentes exógenas relativas aos factores individuais da personalidade (compromisso e desafio) e a satisfação com o trabalho influenciam directa ou indirectamente maiores mudanças nos valores da outra variável latente endógena, constituída pelas dimensões do burnout: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. Nos modelos apresentados, e em relação a cada instrumento, as variáveis manifestas estão associadas a factores de segunda ordem, com a excepção do modelo dois, em que todas as variáveis manifestas estão associadas a um factor único global. Na estimação dos modelos não foram considerados os itens que apresentaram uma covariância negativa com um ou mais itens e que possuem baixo poder de discriminação (o que se verificou somente em relação ao hardiness, em que só foram considerados no modelo final os factores compromisso e desafio). Os factores latentes estão correlacionados entre si, assumindo-se, também que os erros de medição não estão correlacionados. A significância dos coeficientes de regressão foi avaliada após a estimação dos parâmetros pelo método da máxima verosimilhança implementado no software AMOS (versão 19, SPSS) segundo Arbuckle (2009). A existência de outliers foi avaliada pela distância quadrada de Mahalanobis ( $D^2$ ) e a normalidade das variáveis foi avaliada pelos coeficientes de assimetria (sk) e curtose (ku) uni e multivariada. Nenhuma variável apresentou valores de assimetria e curtose indicadores de violações severas à distribuição normal. Os modelos propostos inicialmente foram sendo re-especificados, permitindo a obtenção de um melhor ajuste global, sendo somente apresentados graficamente, neste estudo, os modelos estruturais hipotetizados considerados como finais. Estas modificações verificaram-se nas correlações entre os erros de algumas variáveis. A avaliação do ajuste global dos modelos pode ser determinada a partir dos diversos índices (Maroco, 2010). A qualidade do ajustamento global dos modelos foi feita de acordo com os índices absolutos ( $\chi^2/g.l.$ ) e relativos (RMSEA; MNFI ou TLI; CFI). Para a comparação dos modelos e para determinar o melhor ajuste global foram ainda considerados indicadores específicos: i) o índice de

validação cruzada (ECVI) e ii) a medida de Akaike (AIC). O melhor modelo será aquele que apresente menores valores nos dois indicadores. Antes de realizar esta análise foram testados os pressupostos de independência, linearidade, variância não-nula, ausência de multicolinearidade e homocedasticidade. A selecção das variáveis predictoras foi realizada com um nível de significância de  $p < .05$  (Field, 2009). Uma variância mínima de 10% foi considerada significativa e com poder estatístico (Azeem, 2010). No seguimento do que foi realizado nos estudos anteriores, seguimos as recomendações de Arbuckle (2009), Bentler (2007) e Maroco (2010) para avaliar os índices de qualidade de ajustamento dos modelos obtidos.

Assim, e numa lógica sequencial e comparativa, o modelo 1 (M1) pretendeu testar a significância da influência de factores individuais do hardiness (compromisso e desafio) sobre as dimensões do burnout; o modelo 2 (M2) testou a significância da satisfação com o trabalho global nas dimensões do burnout e, por fim, o modelo 3 (M3), teve como objectivo testar a significância do contributo de ambas nas dimensões do burnout.

### 3. Apresentação dos resultados

Apresentamos a seguir os resultados obtidos neste estudo empirico. A confiabilidade das dimensões dos instrumentos incluídos na análise, variando o  $\alpha$  de Cronbach entre .608 (desafio) e .883 (exaustão emocional). Foram encontradas correlações significativas entre todas as dimensões de burnout e de hardiness, com uma intensidade que varia de fraca a forte (Tabela 29).

Tabela 29. Confiabilidade e correlações entre as dimensões dos instrumentos MBI-HSS e PVS

Variáveis	$\alpha$	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.Exaustão Emocional (0-6)	.883	.371**	-.216**	-.384**	-.355	-.331**
2.Despersonalização (0-6)	.702		-.308**	-.295**	-.269**	-.226**
3.Realização Pessoal (0-6)	.766			.314**	.302**	.198**
4.Compromisso (0-3)	.754				.717**	.479**
5.Controle (0-3)	.720					.456**
6.Desafio (0-3)	.608					

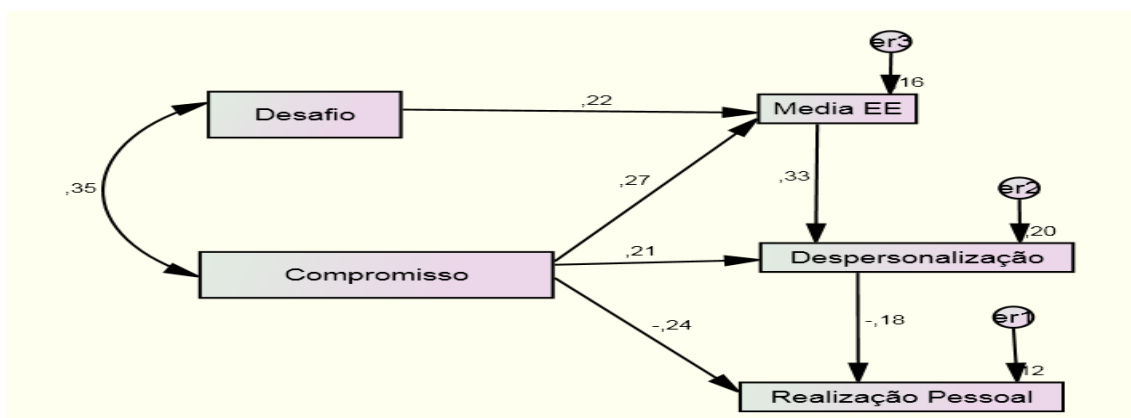
\*\* $p < .01$ ; \*  $p < .05$

De uma forma geral, verificamos que as dimensões do burnout estão negativamente correlacionadas com as dimensões do hardiness, com a excepção da realização pessoal, ou seja, quanto maior a exaustão emocional e a despersonalização,

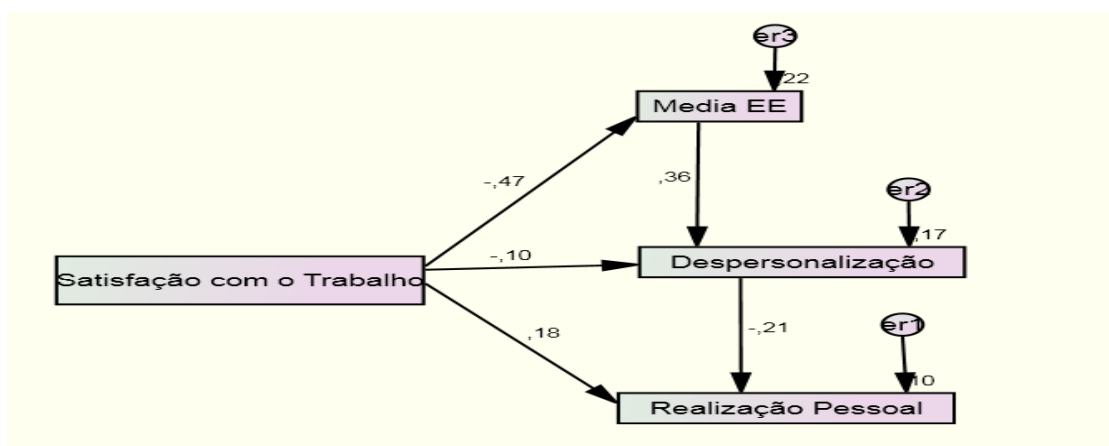
menor é a realização pessoal, o compromisso, o controle e o desafio. Mais concretamente, os resultados encontrados mostram que a exaustão emocional apresenta uma correlação negativa fraca com a dimensão realização pessoal ( $r = -.216$ ,  $p < .01$ ) e uma correlação negativa moderada com as subescalas compromisso, controle e dedicação ( $r = -.384$ ;  $r = -.355$  e  $r = -.331$   $p < .01$ ). A despersonalização apresenta uma correlação negativa fraca com as subescalas compromisso, controle e desafio ( $r = -.295$ ,  $r = -.269$  e  $r = -.226$ ;  $p < .01$ ) e uma correlação negativa moderada com a subescala realização pessoal ( $r = -.308$ ;  $p < .01$ ). Por sua vez a realização pessoal apresenta uma correlação positiva moderada com as dimensões compromisso e controle ( $r = .314$  e  $r = .302$ ;  $p < .01$ ) e fraca com dimensão desafio ( $r = .198$ ;  $p < .01$ ). Em suma, quanto maior for a exaustão emocional e a despersonalização dos enfermeiros, menor é a sua realização pessoal, apresentando-se menos comprometidos, sem controlo e desafio no e para com o seu trabalho.

As representações gráficas dos modelos hipotetizados com as estimativas estandardizadas dos modelos de regressão e da variabilidade das dimensões do burnout, com significado estatístico em todas as trajectórias são apresentadas na Figura 6.

MODELO 1



MODELO 2



MODELO 3

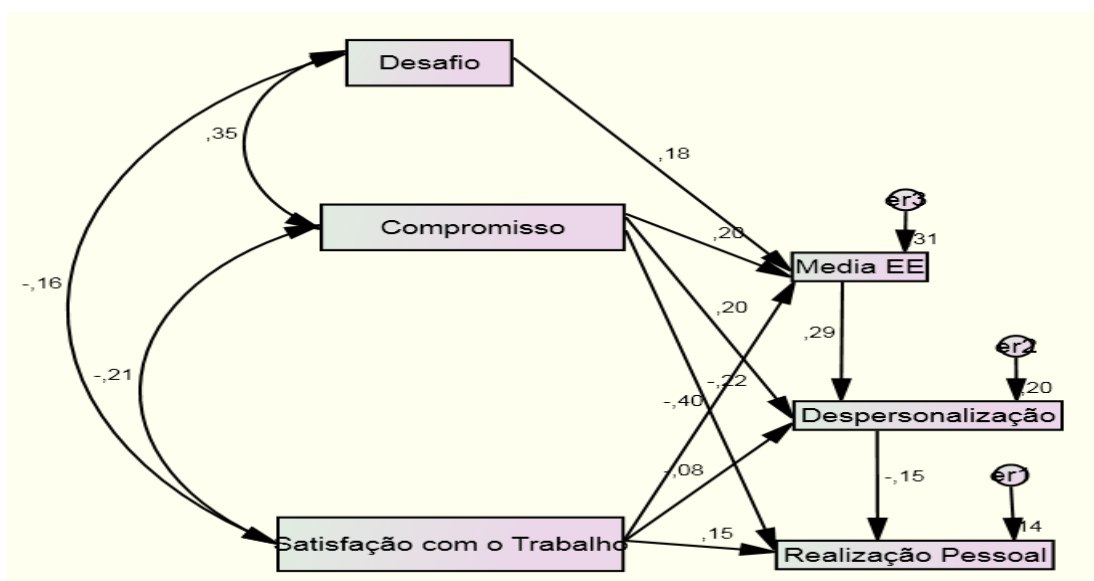


Figura 6. Representação gráfica dos resultados dos modelos finais hipotetizados ajustados à amostra de enfermeiros

Nesse sentido e de uma forma mais concreta, o modelo 1 averiguou sobre o papel preditivo dos factores individuais da personalidade (compromisso e desafio) nas dimensões do burnout. Neste modelo hipotetizado ajustado a esta amostra de enfermeiros, o desafio e o compromisso explicam 16% da variabilidade da exaustão emocional, sendo verificado o efeito directo mais elevado na trajectória “compromisso para a exaustão emocional”. O compromisso e a exaustão emocional apresentam um efeito directo positivo na despersonalização, explicando 20% da sua variabilidade. A despersonalização e o compromisso apresentam um efeito directo negativo na realização pessoal, explicando 12% da sua variabilidade. Entre os factores desafio e compromisso, verificou-se uma correlação positiva significativa de intensidade moderada. Constatamos ainda que o compromisso é a variável individual da personalidade preditora comum nas dimensões do burnout, com um efeito mais elevado na exaustão emocional.

O modelo 2 apresentava como objectivo testar o contributo preditivo da satisfação com o trabalho (resultante num único factor latente, com o score total) nas dimensões do burnout. No modelo hipotetizado final ajustado, verificamos que a satisfação com o trabalho apresenta um efeito directo e negativo na exaustão emocional e na despersonalização e positivo com a realização pessoal. Este factor organizacional explicou 22% da variabilidade da exaustão emocional. A satisfação com o trabalho e a exaustão emocional explicam directamente 17% da variabilidade da despersonalização. A realização pessoal é explicada pelo efeito directo da despersonalização e da satisfação com o trabalho em 10% da sua variabilidade. A satisfação com o trabalho apresentou-se como a variável organizacional preditora comum nas dimensões do burnout, com um efeito mais elevado na exaustão emocional.

O terceiro modelo (M3) foi hipotetizado considerando os anteriores e apresentou como objectivo, testar em simultâneo, as variáveis de personalidade compromisso e desafio (M1) e a satisfação com o trabalho (M2), enquanto variável organizacional nas dimensões do burnout. Tal como esperado, o desafio, o compromisso e a satisfação com o trabalho apresentaram um efeito directo na exaustão emocional, explicando 31% da sua variabilidade. A despersonalização foi explicada pelo efeito directo da exaustão emocional, compromisso e satisfação com o trabalho, explicando 20% da sua variabilidade. O compromisso e a satisfação com o trabalho

contribuem positivamente e a despersonalização de uma forma negativa para a explicação da realização pessoal em 14% da sua variabilidade. As variáveis preditoras comuns das dimensões do burnout neste modelo foram o compromisso e a satisfação com o trabalho. Foram ainda encontradas correlações significativas entre o desafio e o compromisso, no sentido positivo e com uma intensidade moderada, entre estas e a satisfação com o trabalho, no sentido negativo, com uma intensidade fraca.

Os níveis de ajustamento dos índices de todos os modelos hipotetizados para esta amostra de enfermeiros apresentam-se na tabela 30.

Tabela 30. Valores dos índices de ajustamento dos modelos hipotetizados

<i>Modelos</i>	$\chi^2$	<i>df</i>	<i>RMSEA</i>	<i>GFI</i>	<i>AGFI</i>	<i>NFI</i>	<i>CFI</i>	<i>ECVI</i>	<i>AIC</i>
<i>Modelo 1</i>	5.300***	3	.026	.998	.991	.997	.997	.026	29.300
<i>Modelo 2</i>	1.303***	1	.016	.999	.994	1.000	.999	.017	19.303
<i>Modelo 3</i>	3.494***	3	.012	.999	.993	1.000	1.000	.034	39.494

*Nota.* \*\*\* $p < .001$ ; *df*: degrees of freedom; *RMSEA*: Root Mean Square Error of Approximation; *GFI*: Goodness-of-Fit Index; *AGFI*: Adjusted Goodness-of-Fit Index; *NFI*: Normal Fit Index; *CFI*: Comparative Fit Index; *ECVI*: Expected Cross-Validation Index; *AIC*: Akaike information criterion

A avaliação do ajustamento global dos modelos pode ser determinada a partir dos diversos índices apresentados acima. Nesse sentido, podemos verificar que em todos os modelos, o teste qui-quadrado rejeita a hipótese nula a um nível de significância de .05, indicando que os valores obtidos se adequam aos dados desta amostra, ou seja, a estes profissionais de saúde. Os índices de ajustamento relativos apresentaram um melhor desempenho. A raiz do erro quadrático médio (*RMSEA*) nos três modelos é menor que .05, o que sugere um ajuste muito bom, evidenciando um correcto erro de aproximação aos valores da matriz de covariância da população. O índice de qualidade de ajuste (*AGFI*) é próximo de 1, assim como os índices de ajuste normalizado e comparativo (*NFI* e *CFI*). Ao considerarmos os indicadores específicos para a comparação de modelos e para determinar o melhor modelo, verificamos que é o modelo 2 (*M2*) o que revela os melhores índices de ajustamento nestes enfermeiros. Assim, é neste modelo que encontramos os índices de validação cruzada (*ECVI*) e do critério de informação de Akaike (*AIC*) com valores menores, revelando uma maior estabilidade na população.

#### 4. Discussão

O interesse da comunidade científica nas variáveis individuais e organizacionais associados ao burnout em profissionais de enfermagem tem aumentado nos últimos anos, recorrendo-se cada vez mais a técnicas de análise dos dados mais robustos, como é o caso dos modelos de equações estruturais.

A problemática do burnout tem sido assumida pelos investigadores como um problema de saúde relevante, devido ao elevado impacto que produz no bem-estar físico, mental e social destes profissionais, com repercussões na qualidade dos cuidados aos seus Utentes.

Os resultados da análise correlacional entre as dimensões do burnout e do hardiness apoiaram na totalidade a primeira hipótese. A correlação significativa negativa encontrada entre as dimensões do hardiness e a exaustão emocional e despersonalização e, positiva com a realização pessoal é compatível com a literatura científica internacional (Garrosa et al., 2008; Herrera et al., 2007; Judkins, 2004; Ríos-Risquez, 2010) sugerindo que os enfermeiros portadores de hardiness podem ser menos vulneráveis ao burnout. Estes profissionais, que diariamente são expostos a diversos factores e fontes de stress no seu local de trabalho, apresentam uma habilidade para compreender essas adversidades como oportunidades de crescimento pessoal e profissional, estando receptivos a novos desafios, mantendo o compromisso e a confiança no seu trabalho e no significado deste, contribuindo para se sentirem realizados profissionalmente.

Importa salvaguardar que neste estudo empírico, constatamos que os instrumentos utilizados apresentaram qualidades psicométricas satisfatórias, apesar do  $\alpha$  de Cronbach na dimensão de desafio (.603) ser ligeiramente inferior. No entanto, de acordo com Kline (1999) e Cortina (1993), estes resultados podem estar relacionados com o número reduzido de itens nesta dimensão, e também pelo facto de se ser considerada um constructo psicológico, cujos valores esperados podem ser inferiores a .70, não constituindo assim um constrangimento aos resultados encontrados no presente estudo.

As variáveis individuais de personalidade estão identificadas na literatura como preditoras do burnout, como o hardiness (Garrosa et al., 2008; Hudek-Knezevic et al., 2006, 2009, 2011; Moreno-Jiménez et al., 2012; Schaufeli & Enzmann, 1998; Sheard &

Golby, 2007; Ríos et al., 2010). Os resultados obtidos nesta investigação evidenciam que as variáveis da personalidade se apresentam como preditivas do burnout (Azeem, 2010; Hurst & Koplin-Baucum, 2005; Schaufeli & Enzmann, 1998; Sheard & Golby, 2007). O poder explicativo encontrado, com excepção da dimensão de realização profissional nestes profissionais, foi superior ao encontrado no estudo de Ghorpade e colaboradores (2011) que identificaram um acréscimo de 6.9% de explicação da variação da exaustão emocional, de 11.7% na despersonalização e 13,8% na realização pessoal. No presente estudo, o poder explicativo variou de 12% a 20%, o que é significativo.

Os resultados obtidos sugerem que o compromisso e o desafio, enquanto variáveis individuais da personalidade apresentam um valor preditivo na exaustão emocional e na despersonalização, apoiando parcialmente a segunda hipótese deste estudo. O compromisso assumiu-se como a única variável individual da personalidade com valor preditor comum nas dimensões do burnout, com um efeito mais elevado na exaustão emocional. Pela natureza do seu trabalho, os enfermeiros desta amostra, ao identificarem-se com o significado do seu trabalho, ao contribuírem para o bem-estar físico e mental dos seus Utentes, ainda que em condições adversas e geradoras de stress, podem experienciar a exaustão emocional e demonstrar atitudes de despersonalização. Estes resultados devem, mais uma vez, ser compreendidos no âmbito do difícil contexto actual social, económico e político, com as reestruturações organizacionais e de carreira a que estes profissionais foram e estão submetidos. Nesse sentido, os nossos resultados seguem a tendência dos estudos efectuados por outros investigadores (Azeem, 2010; Dias et al., 2010a; Gil Monte & Peiró, 1997; Harrisson et al., 2002; Judkins et al., 2006; Kobasa, 1979; Magalhães, 2006; Moreno-Jiménez et al., 2000, 2010, 2012; Sciacchitano, Goldtein & Placido, 2001; Ríos-Risquez et al., 2010; Van den Broeck, et al., 2012).

Outras investigações têm colocado a tónica do seu interesse de estudo na relação dos indivíduos e o seu contexto de trabalho, tentando compreender o contributo das variáveis individuais de personalidade e organizacionais no bem-estar físico e psicológico do trabalhador. Ao compararmos os modelos preditivos hipotetizados para o burnout neste estudo empírico, verificamos que o modelo que apresenta os melhores índices de ajustamento (índices de validação cruzada e o critério de informação de



Akaike) é o que considera a satisfação com o trabalho, ou seja, um factor organizacional. Se tivermos em conta que estes índices são apropriados quando é necessário comparar vários modelos alternativos que se ajustem igualmente aos dados, verificamos que foi o modelo 2 o que se apresenta mais estável na população (modelo alternativo com melhor validação cruzada), reflectindo o ajustamento teórico do modelo em outras amostras semelhantes em que o modelo foi ajustado. Assim, esse modelo que postula variáveis organizacionais como a satisfação com o trabalho é o que revela uma maior estabilidade na população, não suportando a terceira hipótese deste estudo. No entanto, os resultados do presente estudo devem ser considerados, uma vez que contribuíram para a ampliação da compreensão do fenómeno do burnout, confirmando e corroborando sobre a influência de variáveis de personalidade no burnout destes profissionais de saúde (Alarcon, Eschleman & Bowling, 2009; Azeem, 2010; Garrosa et al., 2008; Judkins et al., 2006; Kim, Shin & Umbreit, 2007; Maddi, 2006; Moreno-Jiménez et al., 2000, 2008, 2012; Ríos et al., 2010; Turnipseed, 1994; Zellars, Perrewe & Hochwarter, 2000).

Terminada a apresentação dos estudos empíricos efectuados, avançamos seguidamente para as conclusões extraídas deste trabalho.

## **CONCLUSÕES**



Apresentamos agora as principais conclusões da presente investigação, tendo em consideração os objectivos preconizados inicialmente e os resultados obtidos em cada estudo empírico. Ainda que realizados de uma forma independente, a parte empírica, concretizada através dos estudos apresentados, apresentou como base uma lógica de complexidade gradual e progressiva, cujos resultados estão articulados e complementados.

Com base numa perspectiva global e integradora, organizamos esta secção em três pontos distintos, que pela sua especificidade, estão interligados. Nesse sentido, iremos apresentar os contributos teóricos, metodológicos e práticos conseguidos com a elaboração deste trabalho de investigação. A seguir far-se-ão referência às limitações dos estudos desenvolvidos e por último, formulam-se algumas sugestões que poderão subsidiar objectivos de estudos posteriores nesta temática. De salguardar que o nosso enfoque pretende realçar apenas os aspectos principais destes três pontos, dado já terem sido os mesmos alvos de reflexão e de discussão em cada estudo empírico específico.

No que diz respeito aos contributos teóricos, metodológicos e práticos, a presente investigação teve como objectivos principais conhecer a prevalência de burnout e os índices de engagement, de hardiness e de satisfação com o trabalho; verificar se existem diferenças entre os índices de burnout, de engagement, de hardiness e de satisfação com o trabalho ao nível das variáveis sociodemográficas e laborais; compreender se o burnout experienciado pelos enfermeiros desta amostra está relacionado com o engagement e ainda verificar se o hardiness, o engagement e a satisfação com o trabalho são antecedentes preditores da síndrome de burnout, que foram alcançados. Nesse sentido, todos os estudos realizados no âmbito deste trabalho apresentavam objectivos específicos e hipóteses diferentes, ainda que articulados com os objectivos gerais propostos, que derivaram das questões de investigação iniciais.

Assim, pretendeu-se sistematizar, teórica e empiricamente as temáticas abordadas, nomeadamente o conhecimento produzido no que diz respeito ao burnout e à sua relação com outras variáveis, como o engagement, a satisfação com o trabalho e o hardiness numa amostra de profissionais de enfermagem, em conformidade, no que respeita ao género, do distrito do Porto. Não se tem conhecimento, até ao momento, de outro trabalho de investigação que articule estas variáveis neste grupo profissional,

identificado na literatura, com uma integração conjunta de características de personalidade e organizacionais.

Indo ao encontro da literatura e também confirmado pelos resultados obtidos pelos nossos estudos, constatamos que os enfermeiros são um grupo-alvo pertinente de atenção teórica, empírica e prática. De acordo com os resultados do estudo empírico “Burnout, engagement, satisfação com o trabalho e hardiness em enfermeiros” (Capítulo III), verificamos que, de uma forma geral, os profissionais da nossa amostra apresentaram uma baixa prevalência de burnout, revelando bons índices de engagement, de hardiness e alguma satisfação com o conteúdo do seu trabalho, com variações em função das características sociodemográficas e laborais. Estas diferenças foram significativas essencialmente ao nível das dimensões do burnout, do engagement e da satisfação com o trabalho. O hardiness, enquanto característica de personalidade, não revelou diferenças, podendo reforçar o papel importante do indivíduo apesar dos constrangimentos das organizações. Esta caracterização poderá ser ainda considerada como um subsídio importante para a prevenção do burnout em profissionais com determinado perfil (como por exemplo, maior exaustão emocional nas mulheres e maior despersonalização nos homens).

Os resultados do estudo empírico” A relação entre burnout e engagement nos enfermeiros”, apresentado no Capítulo IV, reforçaram a utilização de estruturas com os modelos tridimensionais com melhores níveis de ajustamento empírico, sendo suportadas pela teoria. Conseguiram-se aqui evidências da estrutura factorial e qualidade psicométrica da versão reduzida do instrumento utilizado para avaliar o engagement (UWES) nesta amostra, ainda que com resultados sofríveis, mas encorajadores para estudos posteriores, assumindo-se como um importante contributo desta investigação, nomeadamente ao nível teórico-metodológico.

O estudo apresentado no Capítulo V sobre “O papel da satisfação com o trabalho no burnout dos enfermeiros” apresentou também resultados importantes que podem auxiliar na compreensão desta temática. Nesse sentido, as evidências obtidas permitiram reforçar que estes profissionais, na generalidade e no momento actual, estão satisfeitos e motivados para o exercício das suas funções, apesar de reconhecerem que as principais causas de insatisfação profissional estão essencialmente relacionadas com a profissão e com a carreira (reduzido reconhecimento profissional, má remuneração e

insegurança profissional), e não tanto com os factores intrínsecos ou do contexto físico onde desempenham a sua actividade laboral. Estes resultados assumem-se de muita importância para o delineamento de programas de intervenção e/ou de prevenção da saúde mental destes profissionais, sendo “preciosos” para a área da gestão dos recursos humanos, com a optimização do seu desempenho e da qualidade dos cuidados prestados aos Utentes.

Por fim, os resultados obtidos com o último estudo empírico realizado, sobre “A influência do hardiness e da satisfação com o trabalho no burnout dos enfermeiros” (Capítulo VI), sugeriram que, nesta amostra, o modelo da satisfação com o trabalho apresentou um melhor nível de ajustamento, sendo enfatizados os factores organizacionais para o bem-estar físico e psicológico do trabalhador comparativamente com as variáveis de personalidade. Estes resultados reforçam mais uma vez o papel das características organizacionais nos modelos e nos estudos da área da psicologia do bem-estar no trabalho. Relembrando os objectivos formulados, constatamos que, quanto a:

a) conhecer a prevalência de burnout nos Enfermeiros - os resultados permitiram verificar que existe uma baixa prevalência de burnout, caracterizada por uma elevada realização pessoal, moderada exaustão emocional e baixa despersonalização. Existem profissionais “activos” em risco de adoecerem pelo trabalho, uma vez que apresentam níveis significativos de exaustão emocional (12,6%), de despersonalização (1,7%) e de diminuição da realização pessoal (32,4%);

b) identificar os níveis de engagement, hardiness e satisfação com o trabalho - os resultados evidenciaram que os enfermeiros apresentam, nesta investigação, sentimentos concordantes com o engagement e o hardiness, mas expressaram “alguma insatisfação” em relação aos benefícios e políticas da organização no que concerne á satisfação com o trabalho;

c) verificar se o burnout, engagement, hardiness e satisfação com o trabalho variam em função de variáveis sociodemográficas e laborais - os resultados obtidos confirmaram parcialmente as hipóteses, uma vez que somente as dimensões do burnout, da satisfação com o trabalho e do engagement variaram em função das variáveis sócias demográficas e laborais. Nesse sentido, os profissionais de saúde do género masculino, solteiros, com idade até 30 anos, sem filhos apresentaram valores médios mais elevados de despersonalização e as enfermeiras apresentam-se mais dedicadas, absorvidas e

comprometidas com o trabalho. Por outro lado, foram os enfermeiros “assistenciais”, com carga horária superior a 35 horas, com idade compreendida entre os 30 e os 50 anos, com uma experiência profissional até 5 anos que apresentaram maior exaustão emocional e despersonalização.

d) conhecer a relação entre burnout e engagement - os resultados reforçaram as estruturas com os modelos tridimensionais com melhores níveis de ajustamento empírico, sendo suportadas pela teoria tendo-se conseguido a validação factorial da versão reduzida do instrumento utilizado para avaliar o engagement (UWES), assumindo-se como um importante contributo teórico desta investigação.

e) verificar se o hardiness, engagement e satisfação com o trabalho são antecedentes preditores da síndrome de burnout nestes profissionais - os resultados obtidos permitiram reforçar que estes profissionais, na generalidade e no momento actual, estão satisfeitos e motivados para o exercício das suas funções, apesar de reconhecerem como principais causas de insatisfação profissional o reduzido reconhecimento profissional, má remuneração e insegurança profissional. Os resultados encontrados sugeriram que, nesta amostra, o modelo da satisfação com o trabalho apresentou um melhor nível de ajustamento, sendo enfatizados os factores organizacionais.

Tentamos, assim, verificar se os traços de personalidade como o hardiness influenciam o burnout, ou se este dependia mais de variáveis laborais como o engagement e a satisfação com o trabalho. Colocamos como hipótese inicial que o burnout dependia mais de características individuais, como os traços de personalidade, pois estaria mais relacionado com a forma de como o trabalhador enfrenta o stress e exigências laborais diárias. Concluimos que a hipótese foi rejeitada, uma vez que o modelo da satisfação com o trabalho apresentou um melhor nível de ajustamento a esta amostra, sendo enfatizados os factores organizacionais em detrimento das variáveis de personalidade. Assim, e apesar de termos partido para esta investigação com a ideia de reforçar as características individuais como protectoras, que possibilitariam aos enfermeiros enfrentar e lidar melhor com o stress, reconhecendo que estas podem ser mais fáceis de gerir do que propôr modificações ao nível das organizações verificámos, contudo, que são as variáveis laborais, nomeadamente a satisfação com o trabalho, que apresentou uma maior influência no burnout nesta amostra de profissionais.

Consideramos, assim, que os resultados obtidos são também cruciais para a implementação de estratégias de intervenção/prevenção do burnout, uma vez que este trabalho procurou contribuir para um melhor conhecimento deste grupo profissional e da sua relação com o trabalho nas instituições envolvidas. Nesse sentido, a possibilidade de fornecer às mesmas e aos seus colaboradores uma visão dos resultados encontrados, do bem-estar e da satisfação com o trabalho dos enfermeiros será com certeza uma mais valia para a saúde mental destes trabalhadores. Com estas informações, as instituições e mais concretamente as Chefias e/ou Direcção, podem identificar e delinear estratégias específicas de intervenção (com maior ênfase nos aspectos operacionalizados pelas variáveis preditoras e com relação significativa com o burnout, que foram sendo mencionadas ao longo da tese), conseguindo estabelecer programas de formação interna, melhorando e otimizando o funcionamento organizacional e humano (por exemplo, programas de estratégias para a redução de stress, conflitos interpessoais, ...)

Adicionalmente, ao nível da investigação, os resultados dos presentes estudos confirmam a necessidade premente de que a literatura sobre o burnout nos enfermeiros continue a focalizar-se nas características de personalidade individuais, apesar dos resultados significativos encontrados e reportados nas características organizacionais. Nesse sentido, será importante continuar a explorar estas e outras variáveis em investigações posteriores.

O presente trabalho fornece algumas pistas para a compreensão do fenómeno em estudo. No entanto, alguns aspectos críticos deste trabalho colocam algumas reservas à generalização dos resultados e às conclusões inferidas. Nesse sentido, as evidências alcançadas nos estudos devem ser interpretadas e generalizadas com precaução, pois embora se tenha tido, uma preocupação com os procedimentos e recomendações metodológicas (nomeadamente na validação e propriedades psicométricas), recomendados ao nível da aplicação do instrumento e na análise de dados, existe um conjunto de limitações que importa ressaltar. Esses aspectos estão relacionados com os critérios de selecção da amostra que deu preferência aos profissionais que trabalhavam em serviços comuns, transversais às instituições envolvidas, do distrito do Porto. Como se trata de uma amostra de conveniência, não é representativa de toda a população de enfermeiros portugueses (embora se tenha tido o cuidado de representá-la em proporção face ao género). A recolha de dados foi realizada



num contexto organizacional muito específico, da área da saúde, num contexto social e económico difícil, onde se verificaram muitas reestruturações e mudanças. Nesse sentido, estes resultados devem ser lidos à luz deste contexto e desta amostra, não se fazendo extrapolações para outros contextos e amostras. Apesar de se salvaguardar que o objectivo geral deste trabalho, não era efectuar uma generalização para este contexto de actividade, ou para outros, mas antes uma generalização analítica. Por outro lado, as características sociodemográficas deste estudo limitaram algumas inferências, uma vez que se foi verificando homogeneidade/ convergência nas mesmas. Outra limitação está relacionada com o facto de se ter utilizado predominantemente uma metodologia quantitativa, devendo ter-se em consideração que uma perspectiva qualitativa poderá trazer consigo informações significativas e complementares. Por outro lado, recorreu-se ao questionário como instrumento de recolha de dados. Esta medida, de autopreenchimento, comporta consigo possíveis enviesamentos, derivados da desejabilidade social, de respostas aleatórias, da falsificação e do estilo de resposta, como descritas na literatura. A adicionar a este facto, temos também o “efeito do trabalhador sadio”, em que só os trabalhadores “profissionalmente activos” estão possibilitados de participar na investigação, ao invés dos que estão ausentes do serviço por motivos de doença ou de férias. Para, além disso, a maioria dos estudos é de natureza correlacional e todos são transversais, o que não permite inferir causalidade e pode ter ainda associado efeitos do método comum.

Por fim, parece-nos também importante realçar algumas dificuldades “logísticas” sentidas durante a realização deste trabalho que acabaram por se constituir como limitações do mesmo. Destaca-se como principal a articulação e a compatibilidade na disponibilidade entre a actividade docente e a realização das actividades relacionadas com a elaboração deste trabalho, e em especial, a morosidade nas autorizações formais das comissões de Ética para o início do processo de investigação (recolha de dados) nos serviços, apesar da garantia do anonimato e confidencialidade. Todavia, estas limitações não colocam em causa a validade deste trabalho e dos seus resultados, sugerindo que se utilizem outras amostras de profissionais desta e de outras áreas da saúde (demograficamente diferentes), com outros critérios de selecção, com recurso a outras fontes de informação e com a conjugação de metodologias, se possíveis mais robustas, utilizando outras variáveis,

uma vez que a literatura sobre esta temática e neste grupo profissional, tende a ser ainda escassa, principalmente em Portugal.

Apesar de não ser objectivo deste trabalho, parece-nos importante fazer um último apontamento para as implicações práticas dos resultados obtidos e da manifestação da vontade em colaborarmos com as instituições após a devolução dos resultados, ao nível de programas de intervenção para reduzir o stress e prevenir o burnout, aumentando o engagement e o hardiness dos seus profissionais que estão em risco de adoecer pelo trabalho. Conscientes de que as variáveis de personalidade, nesta investigação, demonstraram ser menos influentes do que a satisfação com o trabalho no aparecimento do burnout, considerámos pertinente, no futuro, continuar a investir no indivíduo no sentido de dotá-lo de recursos que lhe permitam enfrentar o stress laboral eficazmente. A satisfação com o trabalho assume-se também como uma percepção do trabalhador, em que o desenvolvimento de competências na área da gestão do stress (nível individual, grupal e organizacional) pode e deve ser encarado como uma prioridade a considerar nas instituições de saúde, como um investimento de cuidar da saúde dos que também cuidam, antes do trabalho ameaçar o seu bem estar físico e mental.



## REFERÊNCIAS

- Abualrub, R. F. & Al-Zaru, I.M. (2008). Job stress, recognition, job performance and intention to stay at work among Jordanian hospital nurses. *Journal of Nursing Management* 16(3), 227–236.
- Achkar, T. C. S. (2006). *Síndrome de Burnout: repercussões na qualidade de vida no trabalho de profissionais de saúde de um hospital privado da cidade de Cascavel-PR*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Dom Bosco, Campo Grande, MS, Brasil: Universidade Católica.
- Adam, A., & Bond, S. (2000). Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics. *Journal of Advanced Nursing*, (32), 536–543.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., & Sloane, D. M. (2002). Hospital Staffing, Organizational Support, and Quality of Care: Cross-National Findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5–13.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of Hospital Care Environments on Patient Mortality and Nurse Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 220-226.
- Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztup, I., & Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology*, 18(5), 543-548.
- Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, 23(3), 244-263.
- Albadejo, R., Villanueva, R., & Ortega, P. (2004). Síndrome de Burnout em el personal de enfermería de um hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-16.
- Allen, J., & Mellor, D. (2002). Work context, personal control and burnout among nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 24(8), 905-917.
- Anaut, M. (2005). *A resiliência. Ultrapassar os traumatismos*. Lisboa: Climepsi.
- Anselmi, M., Peduzzi, M., & Dos Santos, C. (2007). Errors in the Administration of Intravenous Medication in Brazilian Hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1839-1847.

- Araújo, T., Aquino, E., Menezes, G., Santos, C., & Aguiar, L. (2003). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 37, 424-433.
- Arbuckle, J. (2009). *Amos 19.0 user's guide*: Chicago: SPSS.
- Azeem, S. M. (2010). Personality hardiness, job involvement and job burnout among teachers. *International Journal of Vocational and Technical Education*, 2(3), 36-40.
- Azevedo, M. (2011). *Teses, relatórios e trabalhos escolares: sugestões para a estruturação da escrita*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E., (2006). The job demands-resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 1-29.
- Bakker, A. B., Hakanen, J. J., Demerouti, E., & Xanthopoulou, D. (2007). Job resources boost work engagement, particularly when job demands are high. *Journal of Educational Psychology*, 99, 274-284.
- Bakker, A. B., Killmer, C. H., Siegrist, J., & Schaufeli, W. B. (2000). Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 884-891.
- Bakker, A. B., Le Blanc, P. M., & Schaufeli, W. B. (2005). Burnout contagion among intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 276-287.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Taris, T. W. (2008). Work engagement: An emergence concept in occupational health psychology. *Work & Stress*, 22(3), 187-200.
- Balzer, W. K., Kihm, J. A., Smith, P. C., Irwin, J. L., Bachiochi, P. D., Robie, C., Sinar, E. F., & Parra, L. F. (1997). *Users' Manual for the Job Descriptive Index and the Job in General Scales*. Bowling Green, OH: Bowling Green State University.
- Barrick, K. (1989). Burnout and job satisfaction of vocational supervisors. *Journal of Agricultural Education*, 30(4), 35-41.
- Bartone, P. T., Ursano, R. J., Wright, K. M., & Ingraham, L. H. (1989). The impact of a military air disaster on the health of assistance workers. A prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(6), 317-328.

- Bégat I., Ellefsen B., & Severinsson E. (2005). Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being - a Norwegian study. *Journal of Nursing Management*, 13, 221-230.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2003). Burnout: O processo de adoecer pelo trabalho. In A. M. T. Benevides-Pereira (Eds.), *Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador* (pp. 21-92). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bentler, P. M. (2007). Covariance structure models for maximal reliability of unit-weighted composites. In S. -Y. Lee (Eds.), *Handbook of latent variable and related models* (pp. 1-19). Amsterdam: North-Holland.
- Best, M., & Thurston, N., (2004). Measuring nurse job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 34(6), 283-290.
- Bettina, F. P. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: a questionnaire survey. *International Journal Nursing Studies*, 43(3), 311-318.
- Blegen, M. (1993). Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables. *Nursing Research*, 42(1), 36-41.
- Bollen, K. A. (1990). A comment on model evaluation and modification. *Multivariate Behavioral Research*, 25, 181-185.
- Borda, R. C., & Norman, I. J. (1997). Factors influencing turnover and absence of nurses: A research review. *International Journal of Nursing Studies*, 34, 385-394.
- Borges, E. & Ferreira, T. R. (2011). Lidar com o stresse: Recursos de coping dos enfermeiros. In *Saúde e qualidade de vida: Uma meta a atingir* [e-book], ed. Comissão Científica do V Congresso em Saúde e Qualidade de Vida, (pp. 26 – 30). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Boyle, D. K., Miller, P. A., Gajewski, B. J., Hart, S. E., & Dunton, N. (2006). Unit type differences in RN workgroup job satisfaction. *Western Journal of Nursing Research*, 28, 622-640.
- Brewer, E., & Clippard, L. F. (2002). Burnout and job satisfaction among student support services personnel. *Human Resource Development Quarterly*, 13(2), 169-86.

- Briggs, S. R., & Cheek, J. M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality*, 54, 106-148.
- Brown, D., & McIntosh, S. (2003). Job satisfaction in the low wage service sector. *Applied Economics*, 35(10), 1241-1254.
- Bryman, A., & Cramer, D. (2003). *Análise de dados em ciências sociais, introdução às técnicas utilizando o SPSS para Windows*. Oeiras: Celta Editora.
- Bühler, K. E., & Land, T. (2003). Burnout and personality in intensive care: an empirical study. *Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare*, 81(4), 5-12.
- Butterworth, T., Carson, J., Jeacock, J., White, E., & Clements, A. (1999). Stress, coping, burnout and job satisfaction in British nurses: Findings from the Clinical Supervision Evaluation project. *Stress Medicine*, 15, 27-33. doi: 10.1002/(sici)1099-1700(199901)15:1<27::aid-smi782>3.0.co;2-u.
- Byrne, B. M. (1999). The nomological network of teacher burnout: a literature review and empirically validated model. In R. Vandenberghe, A. M. Huberman (Eds.) *Understanding and preventing teacher burnout: A sourcebook of International Research practice*, (pp. 15-37). Cambridge: Cambridge University Press.
- Campbell, S. L., Fowles, E. R., & Weber, B. J. (2004). Organizational structure and job satisfaction in public health nursing. *Public Health Nursing*, 21, 564-571.
- Campbell, K. T., & Taylor, D. L. (1996). Canonical correlation analysis as a general linear model: a heuristic lesson for teachers and students. *The Journal of Experimental Education*. 64(2), 157-171.
- Campos, C. R., Inocente, N. J., Alves, O. D., Guimarães, L. A. M., & Areias, M. E. Q. (2004). Síndrome de burnout em profissionais da saúde. In L. A. M. Guimarães & S. Grubits (Eds.), *Saúde mental e trabalho* (Vol. 3, pp. 63-78). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carloto, M. S., & Câmara, S. G. (2008a). Propriedades psicométricas do questionário de satisfação no trabalho (S20/23). *Psico-USF*, 2, 203-210.
- Carloto, M. S., & Câmara, A. G. (2008b). Análise da produção científica sobre a síndrome de Burnout. *Psico*, 39(2), 152-158.
- Carloto, M. S., & Gobbi, M. D. (1999). Síndrome de Burnout: um problema do indivíduo ou do seu contexto de trabalho? *Aletheia*, 10, 103-114.

- Carlotto, M. S. (2009). A relação profissional-cliente e a Síndrome de Burnout. *Revista Encontro*, 12(7), 7-20.
- Carlotto, M. S. (2010). *Síndrome de burnout: o estresse ocupacional do professor*. Porto Alegre: ULBRA Editora.
- Carlotto, M. S. (2011). O impacto de variáveis sociodemográficas e laborais na síndrome de Burnout em técnicos de enfermagem. *Revista Sociedade Brasileira Psicologia Hospitalar [online]*, 14(1), 165-185.
- Carroll, J. F. X., & White, W. L. (1982). Theory building. Integrating individual and environmental factors within an ecological framework. In *Job Stress and Burnout: Research, Theory and Intervention Perspectives*. (pp.41-60). Beverly Hills: Sage Publications.
- Catalan, J., Burgess, A., Pergami, A., Hulme, N., Gazzard, B., & Phillips, R. (1996). The Psychological impact on staff of caring for people with serious diseases: the case of HIV infection and oncology. *Journal of Psychosomatic Research* 40, 425 – 435. doi: 10.1016/0022-3999(95)00527-7.
- Chang, E. M., Daly, J., Hancock, K. M., Bidewell, J. W., Johnson, A., Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (2006). The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of Professional Nursing*, 22(1), 30–38.
- Chang, Y. H., Li, H. H., Wu, C. M., & Wang, P. C. (2010). The influence of personality traits on nurses' job satisfaction in Taiwan. *International Nursing Review*, 57, 478–484.
- Chayu, T., & Kreitler, S. (2011). Burnout in nephrology nurses in Israel. *Nephrology Nursing Journal*, 38(1), 65-78.
- Cherniss, C. (1980). *Professional Burnout in the Human Service Organizations*. New York: Praeger.
- Cherniss, C. (1992). Long-term Consequences of Burnout: An Explanatory Study. *Journal of Organizational Behavior*, 13, 1-11.
- Chung, M. C., & Corbett, J. (1998). The burnout of nursing staff working with challenging behaviour clients in hospital-based bungalows and a community unit. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 56 – 64. doi: 10.1016/s0020-7489(98)00015-7.



- Clark, A., Oswald, A., & Warr, P. (1996). Is job satisfaction U-shaped in age?. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 69, 57–81. doi: 10.1111/j.2044-8325.1996.tb00600.x.
- Clark, A. E. (1997). Job satisfaction and gender: why are women so happy at work? *Labour Economics*, 4, 341–372.
- Cline, D., Reilly, C., & Moore, J. F. (2004). What’s behind RN turnover? uncover the “real reason” nurses leave. *Holistic Nursing Practice*, 18(1), 45-48.
- Codo, W., & Vasques-Menezes, I. (1999). O que é burnout? In W. Codo (Org.), *Educação: Carinho e trabalho* (pp. 237-255). Rio de Janeiro: Vozes.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences (2<sup>a</sup> ed).. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Conboy, J. (2003) - Algumas medidas típicas univariadas da magnitude do efeito. *Análise Psicológica*, 21(2), 145-158.
- Cornelius, A., & Carlotto, M. S. (2007). Síndrome de Burnout em profissionais de urgência. *Psicologia em Foco*, 1(1), 15-27.
- Cortina, J. M. (1993). What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *Journal of Applied Psychology*, 78(1), 98-104.
- Costa, E. S., Morita, I., & Martinez, M. A. R. (2000). Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2), 553-555.
- Costantini, A., Solano, L., Di Napoli, R., & Bosco A. (1997). Relationship between hardiness and risk of burnout in a sample of 92 nurses working in oncology and AIDS wards. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66, 78 – 82.
- Cottrell, S. (2001). Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: focused interventions through evidence-based assessment. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(2), 157-164.
- Curtis, E. A. (2007). Job satisfaction: a survey of nurses in the Republic of Ireland. *International Nursing Review*, 54, 92–99. doi: 10.1111/j.1466-7657.2007.00507.x.
- Danhof-Pont, M. B., Van Veen, T., & Zitman, F. G. (2011). Biomarkers in burnout: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 505-524.

- Dawis, R., & Lofquist, L. (1984). *A Psychological Theory of Work Adjustment*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- De Jonge, J., & Schaufeli, W. B. (1998). Job characteristics and employee well-being: a test of Warr's vitamin model in health care workers using structural equation modeling. *Journal Organizational Behaviour*, 19, 387–407. doi:10.1002/(SICI)1099-1379(199807)19:4<387::AID-JOB851>3.0.CO;2-9.
- DeFrino, D. T. (2009). A Theory of the Relational Work of Nurses. *Research and Theory for Nursing Practice. An International Journal*, 23(4), 294-311.
- Delbrouck, M. (2006). Síndromes associadas ou conexas com a exaustão. In M. Delbrouck (Eds.), *Síndrome de exaustão (burnout)* (pp. 77-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F. F., & Schaufeli, W. B., (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512.
- Demerouti, E., Bakker, A., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 32(2), 454-464.
- Dias, S., & Queirós, C. (2010a). Burnout, hardiness e satisfação com o trabalho em enfermeiros. In A. Cruz et al. (Orgs.), *Livro de Resumos do I Congresso Internacional da Saúde Gaia* (pp. 75). Gaia: ESTSP-IPP.
- Dias, S., & Queirós, C. (2010b). A influência dos traços de personalidade no burnout dos Professores. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M. C. Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp.1066-1080).
- Dias, S., Queirós, C., & Carlotto, M. S. (2010). Síndrome de Burnout e fatores associados em profissionais da área da saúde: um estudo comparativo entre Brasil e Portugal. *Aletheia*, 32, 4-21.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). Oxford: Oxford University Press.

- Dochery, A., & A. Barns. (2005). "Who'd be a Nurse? Some Evidence on Career Choice in Australia." *Australian Bulletin of Labour*, 31(4), 350-383.
- Dolan, N. (1987). The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 12, 3-12.
- Dunn, K., Otten, C., & Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*. 32(1), 97-104.
- Duquette, A., Kerouac, S., Sandhu, B., & Beaudet, L. (1994). Factors relating to nursing burnout: A review of empirical knowledge. *Issues in Mental Health Nursing*, 15, 337-358.
- Ejaz, F., Noelker, L., Menne, H., & Bagaka, J. (2008). The Impact of Stress and Support on Direct Care Workers' Job Satisfaction. *The Gerontologist*, 48(SI1), 60-70.
- Enzmann, D., & Kleiber, D. (1990). *Burnout: 15 years of research: An international bibliography*. Heidelberg: Gottingen & Hogrefe.
- Ersoy-Kart, M. (2009). Relations Among Social Support, Burnout, and Experiences of Anger: An Investigation Among Emergency Nurses. *Nursing Forum*, 44, 165–174. doi: 10.1111/j.1744-6198.2009.00139.x.
- Escribá-Agüir, V., Martín-Baena, D., & Pérez-Hoyos, S. (2006). Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *Int Archives Occupationnal Environment Health*, 80, 127–33.
- Fagin, L., Carson, J., Leary, J., Villiers, N. D., Bartlett, H., O'Malley, P., & Brown, D. (1996). Stress, coping and burnout in mental health nurses findings from three research studies. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 102-111.
- Farber, B. A. (1983). *Stress and burnout in the Human Service Professions*. New York: Pergamon Press.
- Farber, B. A. (1991). *Crisis in education. Stress and burnout in the american teacher*. São Francisco: Jossey-Bass Inc.
- Fazelzadeh, A., Mehdizadeh, A., & Sahraeeian, A. (2008). Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *International Nursing Review*, 55, 62–67.
- Ferrer, M., Alonso, J., Prieto, L., Plaza, V., Monsó, E., & Marrades, R. (1996). Validity and reability of the st Geogr's respiratory questionnaire after adaptation to a

- different language and culture: the spanish example. *European Respiratory Journal*, 9(6), 1160-1166.
- Field, A. (2009). *Descobriendo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Fife-Schaw, C. (2006). Questionnaire design. In G. .M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw & J. A. Smith (Eds). *Research Methods in Psychology* (pp. 210-231).Thousand Oaks: Sage.
- Fineman, S. (2006). On being positive: Concerns and counterpoints. *Academy of Management Review*, 31, 27–291.
- Firth, H., KcKeown, P., McIntee, J., & Britton, P. (1987). Professional depression, 'burnout' and personality in longstay nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 24, 227–237.
- Ford-Gilboe, M., & Cohen, J. A. (2000). Hardiness: A model of commitment, challenge and control. In *Handbook of Stress, Coping and Health: Implications for Nursing Research, Theory and Practice* (pp. 425-436). Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- França, H. H. (1987). A Síndrome de "Burnout". *Revista Brasileira de Medicina*, 44(8), 197-199.
- Fredeunberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Freudenberger, H. J. (1975). The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychoterapy: theory, research and practise*, 12(1) 73-82.
- Freitas, J. F. (1999). *Stresse e burnout. Como prevenir como manejar*. Capítulo V. Dossier Rumos: Porto Editora.
- Friese, C. R. (2005). Nurse Practice Environments and Outcomes: Implications for Oncology Nursing. *Oncology Nursing Forum* 32(4), 765-772.
- Ganster, D. C. (1986). Type A behavior and occupational stress. *Journal of Organizational Behavior Management*, 8, 61-84.
- García, M. (1990). Burnout professional en organizaciones. *Boletín de Psicología*, 29, 7-27.
- Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Liang, Y., & González, J. L. (2008). The relationship between socio-demographic variables, job stressors, burnout, and hardy personality in nurses: an exploratory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(3), 418–427.

- Garrosa, E., Rainho, C., Moreno-Jiménez, B., & Monteiro, M. J. (2010). The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 205–215.
- Ghorpade, J., Lackritz, J., & Singh, G. (2011). Personality as a moderator of the relationship between role conflict, role ambiguity, and burnout. *Journal of Applied Social Psychology*, 41, 1275–1298. doi: 10.1111/j.1559-1816.2011.00763.
- Gillespie, M., & Melby, V. (2003). Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*, 12( 6), 842-851.
- Gil-Monte, P. (2003). El Síndrome de Quemarse por el Trabajo en Enfermería. *Revista Eletrônica Interação Psy*, 1(1), 19-33.
- Gil-Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste Psíquico en el Trabajo: el Síndrome de Quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Glasberg, A. L., Eriksson, S., & Norberg, A. (2007). Burnout and ‘stress of conscience’ among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 392–403.
- Goddard, R., Patton, W., & Creed, P. (2004). The importance and place of neuroticism in predicting burnout in employment service case managers. *Journal of Applied Social Psychology*, 34(2), 282-296.
- Golembiewsky, R. T., Scherb, K., & Boudreau, R. A. (1993). Burnout in cross – national settings: generic and model – specific perspectives. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek, (Orgs). *Professional burnout, recent developments in theory and research* (pp. 217-236). Philadelphia: Taylor & Francis.
- González-Roma, V., & Gamero, N. (2012). Does positive team mood mediate the relationship between team climate and team performance? *Psicothema*, 24(1), 94-99.
- Gonzalez-Roma, V., Schaufeli, W. B., Bakker, A., & Lloret, S. (2006). Burnout and engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior*, 68, 165-174.

- Graça, L. (1999). A satisfação profissional dos profissionais de saúde nos centros de saúde. In *Instrumentos para a Melhoria Contínua da Qualidade* (19<sup>a</sup> ed., Vol. 1, pp). Lisboa: Direcção Geral de Saúde, Subdirecção Geral para a Qualidade.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Fiksenbaum, L. (2001). Workload and burnout in nurses. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 11, 211-215.
- Greenhaus, J. H., & Parasuraman, S. (1999). Research on work, family, and gender: Current status and future direction. In G. N. Powel (Ed.), *Handbook of gender and work* (pp. 391-412). Newbury Park: Sage.
- Grosch, W., & Olsen, D. (1994). When Helping Starts to Hurt – A new look at burnout among psychotherapists. New York: Norton.
- Guimarães, R.C., & Cabral, J. A. S. (2011) – Estatística, 2º Ed., McGraw-Hill.
- Gunnarsdóttir, S., Clarke, S. P., Rafferty, A. M., & Nutbeam, D. (2009). Front-line management, staffing and nurse–doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 46, 920–927.
- Hair, J. F., Tatham, R. L., Anderson, R. E., & Black, W. (2005). *Análise Multivariada de Dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Hakanen, J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and Work engagement among teachers. *Journal of School Psychology*, 43, 495-513.
- Hall, C. S., & Lindzey, G. (1993). *Teorias da Personalidade* (Vol 2.). São Paulo: E. P. U Editora.
- Hallberg, I. R. (1994). Systematic clinical supervision in a child psychiatric ward: satisfaction with nursing care, tedium, burnout and the nurses own report on the effects of it. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8, 44 -52.
- Hallberg, U., & Schaufeli, W. B. (2006). “Same same” but different? Can work engagement be discriminated from job involvement and organizational commitment? *European Psychologist*, 11, 119-127.
- Halm, M., Peterson, M., Kandels, M., Sabo, J., Blalock, M., Braden, R., Gryczman, .... & Topham, D. (2005). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Emotional Exhaustion, and Job Dissatisfaction. *Clinical Nurse Specialist*, 19(5), 241-51.

- Hampton, G.M., & Hampton, D. L. (2004). Relationship of professionalism, rewards, market orientation and job satisfaction among medical professionals. The case of certified nurse-midwives. *Journal of Business Research*, 57, 1042–1053.
- Happel, B., Martin, T., & Pinikahana, J. (2003). Burnout and job satisfaction: a comparative study of psychiatric nurses from forensic and a mainstream mental health service. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(1), 39-47.
- Harper, H., & Minghella, E. (1997). Pressures and rewards of working in community mental health teams. *Mental Health Care*, 1, 18 – 21.
- Harrison, B. J. (1999). Are you to burn out? *Fund Raising Management*, 30(3), 25-28.
- Harrisson, M., Loiselle, C. G., Duquette, A., & Semenic, S. E. (2002). Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *Journal of Advanced Nursing*, 38(6), 584-591.
- Harvey, E., & Burns, J. (1994). Staff burnout and absenteeism through service transition: from hospital to hostel. *Mental Handicap Research*, 7, 328 – 337.
- Hayes, L., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H., North, N., & Stone, P. (2006). Nurse turnover: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 237–263.
- Herrera, E. O., Brizio, G. R. & Coronel, P. G. (2007). Burnout en médicos y enfermeiras y su relación com el constructo de personalidad resistente. *Psicologia y Salud*, 17(1), 5-16.
- Hock, R. R. (1988). Professional Burnout Among Public School Teachers. *Public Personnel Management*, 17(2), 167-188.
- Holley, J. (2006). A Descriptive Report of Errors and Adverse Events in Chronic Hemodialysis Units. *Nephrology News Issues*, 20(12), 57-63.
- Holmström, S. (2008). *Workplace Stress Measured by Job Stress Survey and Relationships to Musculoskeletal Complaints*. Umea: Department of Psychology Umea University.
- Howieson, W. B. (2008). A quantitative evaluation of the reformulated 1996 path-goal theory of work unit leadership via structural equation modeling. Tese de doutoramento (não publicada). Edinburgh: University of Edinburgh.
- Hu, J., & Liu, H. (2004). Job satisfaction among nurses in China. *Home Health Care Management and Practice*, 17, 9-13.

- Hu, L.-T., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Hudek-Knežević, J., & Kardum, I. (2009). Five-factor personality dimension and 3 health-related personalities constructs as predictors of health. *Croatian Medical Journal*, 50, 394-40.
- Hudek-Knežević, J., Kalebić Maglica, B., & Krapić, N. (2011). Personality, organizational stress, and attitudes toward work as prospective predictors of professional burnout in hospital nurses. *Croatian Medical Journal*, 52, 538-549.
- Hudek-Knezevic, J., Krapic, N., & Kardum, I. (2006). Burnout in dispositional context: the role of personality traits, social support and coping styles. *International Nursing Review*, 2, 65-73.
- Hurst, S. & Koplin-Baucum, S. (2005). A Pilot Qualitative Study Relating to Hardiness in ICU Nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 24(2), 97-100.
- Iacovides, A. Fountoulakis, K. N., & St. Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75, 209-221.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K., Moysidou, C., & Ierodiakonou, C. (1997). Burnout in nursing staff: a clinical syndrome rather than a psychological reaction? *General Hospital Psychiatry*, 19, 419 – 428. doi: 10.1016/s0163-8343(97)00070-4.
- Ingersoll, G. L., Olsan, T., Drew-Cates, J., DeVinney, B. C., & Davies, J. (2002). Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent. *Journal of Nursing Administration*, 32, 250-263.
- Iwanicki, E. F., & Schwab, R. L. (1981). A cross validation study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 41, 1167-1174.
- Jackson C. (2005). The experience of a good day: a phenomenological study to explain a good day as experienced by a newly qualified RN. *International Journal of Nursing Studies*, 42, 85-95.



- Jackson, D., Firkto, A., & Edenborough, M. (2007). Personal Resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 60(1), 1-9.
- Jackson, S. E., Schwab, R. L., & Schuler, R. S. (1986). Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71(4), 630-640.
- Jamal, M., & Baba, V. V. (1997). Staff work, burnout and well-being: a study of Canadian nurses. *International Journal of Stress Management*, 4, 197-204.
- Jayarathne, S., Himle, D. P. & Chess, W. A. (1991). Job satisfaction and burnout: is there a difference. *The Journal of Applied Social Sciences*, 15(2), 245-62.
- Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 622–631.
- Jex, S. M., & Britt, T. W. (2008). Leadership and influence processes. In: *Organizational Psychology: Scientist-Practitioner* (pp. 303-338). Approach New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Johnson, M., & Stone, G. L. (1986). Social workers and burnout: A psychological description. *Journal of Social Service Research*, 10, 67–80.
- Jones, J. W. (1980). *The staff burnout scale for health professionals*. London House, Park Ridge, IL.
- Joseph J., & Deshpande, S. P. (1997). The impact of ethical climate on job satisfaction of nurses. *Health Care Management Review*, 22, 76-80.
- Judkins, S. (2004). Stress among nurse managers: can anything help? *Nurseresearch*, 12(2), 58-70.
- Judkins, S., Massey, C., & Huff, B. (2006). Hardiness, stress and use of ill time among nurse managers: Is there a connection? *Nursing economics*, 24, 187-192.
- Juntao, C., Hua S., & Fenglan L. (2006). The summarization of nurses' job satisfaction. *Chinese Journal of Practical Nursing*, 22(4), 56-58.
- Kacel, B., Miller, M., & Norris, D. (2005). Measurement of nurse practitioner job satisfaction in a Midwestern state. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 17, 27-32.
- Kahn, J. H., Schneider, K. T., Jenkins-Henkelman, T. M., & Moyle, L. L. (2006). Emotional social support and job burnout among high-school teachers: it is all

- due to dispositional affectivity? *Journal of Organizational Behavior*, 27, 793-807.
- Kalemoglu, M., & Keskin, O. (2006). Burnout syndrome at the emergency service. *Scandinave Journal Trauma Resuscitation Emergency Medical*, 14, 37-40.
- Kalisch, B., & Williams, R. (2009). The development and testing of a tool to measure missed nursing care. *The Journal of Nursing Administration*, 39(5), 211-19.
- Kane, P.P. (2009). Stress causing psychosomatic illness among nurses. *Indian Journal Occupational Environment Medical*, 13(1), 28-32. doi: 10.4103/0019-5278.50721.
- Kanter R.M. (1993). *Men and Women of the Corporation*, (2<sup>a</sup> ed.). New York: Basic Books.
- Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kelly, J. G., & Cross, D. G. (1985). Stress, coping behaviors and recommendations for intensive care and medical surgical ward registered nurses. *Research in Nursing and Health*, 8, 321-328.
- Kemper, P., Heier, B., Barry, T., Brannon. D., Angelelli, J. Vasey, J., & Anderson-Knott , M. (2008). What do direct care workers say would improve their jobs? Differences across settings. *The Gerontologist*, 48(S1), 17-25.
- Kilfedder, C. J., Power, K. G., & Wells, T. J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 383-396.
- Kim, H. J., Shin, K. H., & Swanger, N. (2009). Burnout and engagement: a comparative analysis using Big Five personality dimensions. *International Journal of Hospitality Management*, 28, 96-106.
- Kim, H. J., Shin, K. H., & Umbreit, T. (2007). Hotel job burnout: the role of personality characteristics. *International Journal of Hospitality Management*, 26(2), 421-434.
- Kirmeyer, S. L. (1988). Coping with competing demands: interruption and Type A pattern. *Journal of Applied Psychology*, 73, 621-629.
- Klem, L. (2002). Structural equation modeling. In L. G. Grimm & P. R. Yarnold (Eds.), *Reading and understanding more multivariate statistics* (pp. 227-260). Washington: American Psychological Association.

- Kline, P. (1999). *The handbook of psychological testing*. London: Routledge.
- Knight, W. E., & Leimer, C. L. (2010). Will IR staff stick? An exploration of institutional researchers' intention to remain in or leave their jobs. *Research in Higher Education*, 51(2), 109-131.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1-11.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Puccetti, M. C. (1982). Personality and exercise as buffers in the stress- illness relationship. *Journal Behavioral Medical*, 5, 391-404.
- Koustelios, A. (1991). The relationships of organizational cultures and job satisfaction in three selected industries in Greece. Tese de Doutorado (não publicada). Mancheste: University of Manchester.
- Koustelios, A., & Tsigilis, N. (2005). Relationship between burnout and job satisfaction among physical education teachers: A multivariate approach. *European Physical Education Review*, 11, 189-203.
- Kovner, C., Brewer, C., Wu, Y. W., Cheng, Y., & Suzuki, M. (2006). Factors associated with work satisfaction of registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 38, 71-79.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen burnout inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19, 192-207.
- Kuo, H. T., Yin, T. J., & Li, I. C. (2008). Relationship between organizational empowerment and job satisfaction perceived by nursing assistants at long-term care facilities. *Journal of Clinical Nursing*, 17(22), 3059-66.
- Lake, E., & Friese, C. (2006). Variations in nursing practice environments. Relations to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research*, 55(1), 1-9.
- Langelaan, S., Bakker, A. B., Van Doornen, L. J. P., & Schaufeli, W. B. (2006). Burnout and Work engagement: Do individual differences make a difference? *Personality and Individual Differences*, 40, 521-532.

- Laschinger, H. K. S., Finegan, J., Shamian, J., & Wilk P. (2001). Impact of structural and psychological empowerment on job strain in nursing work settings: expanding Kanter's model. *Journal of Nursing Administration*, 31(5), 260-272.
- Lautert, L. (1995). *O desgaste profissional do enfermeiro*. Tese de Doutorado (não-publicada). Salamanca: Universidade Pontifícia de Salamanca.
- Lautizi, M., Laschinger, H. K. S., & Ravazzolo, S. (2009). Workplace empowerment, job satisfaction and job stress among Italian mental health nurses: an exploratory study. *Journal of Nursing Management*, 17(4), 446-52.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Le Fevre, M., Matheny, J., & Kolt, G. (2003). Eustress, distress, and interpretation in occupational stress. *Journal of Managerial Psychology*, 18(7), 726-744.
- Lease, S. (1998). Annual review, 1993-1997: work attitudes and outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 53(2), 154-83.
- Lee, H., Song, R., Cho, Y. S., Lee G. Z., & Daly, B. (2003). A comprehensive model for predicting burnout in Korean nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), 534-545.
- Lee, R. & Wilbur, E. (1985). Age, education, job tenure, salary, job characteristics, and satisfaction: a multivariate analysis. *Human Relations*, 38(8), 781-791.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (1988). The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment. *Journal of Organizational Behavior*, 9, 297-308.
- Leiter, M. P. (1991) Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behaviour*, 12, 123-144.
- Leiter, M.P. (1992). Burnout as a crises in self-efficacy: Conceptual and practice implications. *Work & Stress*, 6, 107-115.
- Leiter, M. P., & Schaufeli, W. B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress and Coping*, 9, 229-243.
- Lin, F., & Mcveigh, C. (2009). Burnout among hospital nurses in China. *Journal of Nursing Management*, 17, 294-301.

- Llorens, S., Schaufeli, W. B., Salanova, M., & Bakker, A. (2007). Does a positive gain spiral of resources, efficacy beliefs and engagement exist. *Computers in Human Behavior*, 23, 825-841.
- Locke, E. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In Dunnette, M. D. (Eds.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 1297-349). Chicago, IL: Rand McNally.
- Long, R. (2005). *Strategic Compensation in Canada*. Toronto: Nelson.
- Lorente, L., Salanova, M., & Martínez, I. M. (2007). Estrategias de prevención de burnout desde los recursos humanos. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 41, 12-20.
- Lorenz, V. R., Benatti, M. C., & Sabino, M. O. (2010). Burnout and Stress Among Nurses in a University Tertiary Hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1084-1091.
- Macey, W. H., & Schneider, B. (2008). The meaning of employee engagement. *Industrial and Organizational Psychology*, 1, 3-30.
- Maddi, S. (2008). The courage and strategies of hardiness as helpful in growing despite major, disruptive stresses. *American Psychologist*, 63, 563-564.
- Maddi, S. R. (2005). On Hardiness and Other Pathways to Resilience. *American Psychological Association*, 60(3), 261-272.
- Maddi, S. R. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. *The Journal of Positive Psychology*, 1(3), 160-168.
- Magalhães, A. B. (2006). *A Síndrome de Burnout no Contexto Hospitalar Pediátrico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia (não publicada). Goiânia: Universidade Católica de Goiás.
- Mäkinen, A., Kivimäki, M., Elovainio, M., Virtanen, M., & Bond, S. (2003). Organization of nursing care as a determinant of job satisfaction among hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 11, 299-306.
- Mallar, S. C. (2003). *Burnout e hardiness: um estudo de validade de instrumentos em professores de alunos com necessidades especiais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. São Paulo: Universidade São Francisco.
- Mallar, S. C., & Capitão, C. G. (2004). Burnout e hardiness: um estudo de evidência de validade. *Psico-USF*, 9(1), 19-29.

- Manojlovich, M. (2005). Predictors of professional nursing practice behaviors in hospital settings. *Nursing Research*, 54(1), 41-47.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais*. Lisboa: ReportNumber.
- Marques Pinto, A. (2000). Burnout Profissional em Professores Portugueses: Representações Sociais, Incidência Preditores. Tese de Doutoramento em Psicologia, (não publicada). Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa.
- Marques-Pinto, A. (2009a). *Maslach Burnout Inventory (MBI) – Human Services Survey*, tradução a partir da versão original (Maslach et al., 1996) cedida por Alexandra Marques Pinto. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa.
- Marques-Pinto, A. (2009b). UWES – Utrecht work engagement scale: test manual, tradução a partir da versão original (Schaufeli & Bakker, 2003) cedida por Alexandra Marques Pinto. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Lisboa.
- Marques-Teixeira, J. (2002). Burnout ou Síndrome de Exaustão. *Saúde Mental*, 4(2), 8-19.
- Marsh, H. W., Hau, K. T., & Wen, Z. (2004). In Search of Golden Rules: Comment on Hypothesis-Testing Approaches to Setting Cutoff Values for Fit Indexes and Dangers in Overgeneralizing Hu and Bentler's (1999) Findings. *Structural Equation Modeling*, 11, 320-341.
- Martino, M., & Misko, M. D. (2004). Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 38(8), 161-167.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados com Recurso ao IBM SPSS*. Braga: Psiquilíbrios.
- Martins, S. (2003). *A Satisfação Profissional dos Enfermeiros. Estudo exploratório em enfermeiros de Centros de Saúde e de Hospitais*. Dissertação de Mestrado em Psicologia e Saúde (não publicada). Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto.
- Maslach, C. (1976). Burned - out. *Human Behaviour*, 5, 16 - 22.

- Maslach, C. (1982). *Burnout: The costs of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Maslach, C. (1993). Burnout: a multidimensional perspective. In W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek, (Ed.), *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (pp. 19-32). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout . In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of organizational stress*. Oxford: Oxford University Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981a). The measurement of experience burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981b). *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California. Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). Maslach Burnout Inventory manual (2<sup>a</sup> ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory manual (3<sup>a</sup> ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. (2008). Early Predictors of Job Burnout and Engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498-512.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: how organization cause, personal stress and what to do about it*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). MBI: The Maslach Burnout Inventory: Manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Leiter, M. P., & Schaufeli, W. B. (2008). Measuring burnout. *The Oxford Handbook of Organizational Wellbeing*, (pp86-108).
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 1-16). New York: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

- Matos, A. A., & Júnior, M. D. (2008). A incorporação do gênero no estudo da Síndrome de Burnout. *Montes Claros*, 10(1/2), 25-33.
- McGilton, K. S., Hall, L. M., Wodchis, W. P., & U. Petroz. (2007). Supervisory Support, Job Stress, and Job Satisfaction Among Long-Term Care Nursing Staff. *Journal of Nursing Administration*, 37(7-8), 366-72.
- McIntyre, S. E., & McIntyre, T. M. (2010). Measuring Job Satisfaction in Portuguese Health Professionals: Correlates and validation of the job descriptive index and the job in general scale. *International Journal of Selection and Assessment*, 18, 425–431. doi: 10.1111/j.1.
- McIntyre, S., & McIntyre, T. (2007). Job Satisfaction: Testing its multidimensional nature and the global versus facet measures. *International Journal of Selection and Assessment*. 18(4), 425-431.
- McIntyre, T. (1994). Stress e os profissionais de saúde: os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 12(3), 193-200.
- McLennan, M. (2005). Nurses' views on work enabling factors. *Journal of Nursing Administration*, 35, 311-318.
- McNeese-Smith, D. K. (1999). A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 29, 1332–1341.
- Meliá, J. L., & Peiró, J. M. (1989). La medida de la satisfacción laboral en contextos organizacionales: el Cuestionario de Satisfacción S20/23. *Psicologemas*, 3(5), 59-74.
- Mendes, M. (2005). *Emoções no contexto de policiamento: medo, exaustão emocional e procura de sensações, um estudo comparativo na PSP do Porto*. Dissertação de Mestrado em Criminologia (não publicada), Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Porto.
- Milhano, C., & Marques Pinto, A. (2008). Stress, Criatividade e Engagement em estudantes do Ensino Superior. In A. Marques Pinto & M. J. Chambel (Eds.). *Burnout e Engagement em Contexto Organizacional. Estudos com amostras portuguesas*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Montoro-Rodriguez, J., & Small, J. A. (2006). The role of conflict resolution styles on nursing staff morale, burnout, and job satisfaction in long-term care. *Journal of Aging and Health*, 18(3), 385-406.



- Moreira, D. S., Magnago, R. F., Sakae, T. M., & Magajewski, F. R. L. (2009). Prevalência da síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25*(7), 1559-1568.
- Moreno-Jimenez B., Garrosa, H. E., & Gonzalez, G. J. L. (2000). Personalidad Resistente, *Burnout y Salud. Escritos de Psicología, 4*, 64-77.
- Moreno-Jimenez, B., & Puente, C. (1999). El estrés asistencial en los servicios de salud. In M. A. Simón (Ed.), *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 739-761). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Corso, S., Boada, M., & Rodríguez-Carvajal, R. (2012). Personalidad resistente y capital psicológico: las variables personales positivas y los procesos de agotamiento y vigor. *Psicothema, 24*(1), 79-86.
- Moreno-Jimenez, B., Garrosa-Hernández, E., Galvez, M., González, J. L., & Benevides-Pereira, A. M. (2002). A avaliação do burnout em professores. Comparação de instrumentos: CBP-R e MBI-ED. *Psicologia em Estudo, 7*(1), 11-19.
- Nerstad, C. G., Richardsen, A. M., & Martinussen, M. (2009). Factorial validity of the Utrecht Work Engagement Scale (UWES) across occupational groups in Norway. *Scandinavian Journal Psychology, 51*(4), 326-333.
- Newman, K., & Maylor U. (2002). Empirical evidence for the nurse satisfaction, quality of care and patient satisfaction chain. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 15*, 80-88.
- Newman, D. A. & Harrison, D. A. (2008). Been there, bottled that: are state and behavioural work engagement new and useful construct 'wines'? *Industrial and Organisational Psychology, 1*, 31-35.
- Ning, S., Zhong, H., Libo, W., & Qiujiel. (2009). The impact of nurse empowerment on job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing, 65*(12), 2642-2648. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05133.x.
- Norbeck, S. (1985). Types and sources of social support for managing job stress in critical care nursing. *Nursing Research, 34*, 225-230.
- Novak, M., & Chappell, N. L. (1994). Nursing assistant burnout and the cognitively impaired elderly. *International Journal of Aging and Human Development, 39*, 105-120.

- Numerof, R. E., & Abrams, M. N. (1984). Sources of stress among nurses: An empirical investigation. *Journal of human stress*, 10(2), 88-100.
- Oliveira, M., & Guerra, M. P. (2004). Burnout nos profissionais de saúde mental: expectativas, auto-actualização e outras variáveis associadas. *Saúde Mental*, 6(1), 15-25.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). Dados estatísticos 2000-2011. In <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/Paginas/DadosEstatisticos.aspx>,
- Ortega, R. C., & López, R. F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 137-160.
- Ouellette, S. C. (1993). Inquiries into hardiness. In L. Goldberger & S. Breznits (Eds.), *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*, (pp. 78-100). New York: Free Press.
- Palácios, M. (2000). A saúde mental de quem trabalha em saúde: o caso de um hospital geral do Rio de Janeiro. *Cadernos IPUB: organização do trabalho e saúde mental*, 2(1), 52-66.
- Parsons, M. L., & Stonestreet, J. (2004). Staff nurse retention. Laying the groundwork by listening. *Nursing Leadership Forum*, 8(3), 107-113.
- Peñacoba, C., & Moreno, J. B. (1998). El Concepto de Personalidad Resistente: Consideraciones Teóricas y Repercusiones Prácticas. *Boletim de Psicologia*, 58, 61-96.
- Perlman, B., & Hartman, E. A. (1982). Burnout: Summary and Future Research. *Human Relations*, 35, 283-305.
- Perry B. (2005). Core nursing values brought to life through stories. *Nursing Standard*, 20, 41-48.
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergstrom, G., & Nygren, M. (2008). Work characteristics and sickness absence in burnout and nonburnout groups: a study of Swedish health care workers. *International Journal of Stress Management*, 15, 153-172.
- Pienaar, J. W., & Bester, C. L. (2011). The impact of burnout on the intention to quit among professional nurses in the Free State region - a national crisis? *South African Journal of Psychology*, 41(1), 113-122.
- Pilati, R., & Laros, J. A. (2007). Modelos de equações estruturais em Psicologia: conceitos e aplicações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(2), 205-216.

- Pines, A., & Maslach, C. (1978) Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hospital and Community Psychiatry*, 29, 233-237.
- Pines, A. M. (2003). Burnout: A cross-cultural Israeli Jewish-Arab perspective and its implications for career counseling. *Career Development International*, 8, 97-106.
- Pines, A., & Aronson, E. (1989). *Career Burnout, Causes and Cures*. New York: Free Press.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. (3<sup>a</sup> ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Poucinho, M. D., & Garcia, J. C. (2008). Impacto psicosocial de la tecnologia de información y comunicación (TIC): tecnoestrés, danos físicos y satisfacción laboral. *Acta Columbuana de Psicologia*, 11(2), 127-139.
- Queirós, C., Dias, S., & Carlotto, M. S. (2011). Stress, Burnout e Suporte social em enfermeiros e médicos de Portugal e Brasil. *Referência*, 11(s), 839.
- Queirós, P. (2005). *Burnout no trabalho e conjugal em enfermeiros portugueses*. Coimbra: Edições Formasau.
- Quintela, M. J., & Santos, P. (2000). Satisfação profissional dos enfermeiros no Hospital Distrital de Lamego – estudo exploratório. *Servir*, 44(1), 22-31.
- Ralha-Simões, H. (2001). Resiliência e desenvolvimento pessoal. In J. Tavares (Eds.), *Resiliência e educação* (pp.65-114). São Paulo: Cortez.
- Ramos, F. (1999). *El síndrome de burnout*. Madrid: Uned Fue.
- Ramos, M. (2001). *Desafiar o Desafio. Prevenção do Stresse no Trabalho*. Lisboa: RH Editora.
- Riahi S. (2011). Role stress amongst nurses at the workplace: concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 19, 721-731.
- Rice, R., McFarlin, D., & Bennet, D. (1989), Standards of comparison and job satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 74(4), 591-598.
- Richardson, A. M., Burke, R. J. & Leiter, M. P. (1992). Occupational demands, psychological burnout and anxiety among hospital personnel in Norway. *Anxiety, Stress and Coping* 5, 55-68.

- Rinke, M., Shore, D., Morlock, L., Hicks, R., & Miller, M. (2007). Characteristics of pediatric chemotherapy medication errors in a national error reporting database. *Cancer, 110*, 186-195.
- Ríos, M. I., Peñalver, R., & Godoy, C. (2008). Burnout y salud percibidos en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Revista Enfermería Intensiva, 19*, 169-178.
- Ríos-Castillo, J. L., Barrios-Santiago, P., Ocampo-Mancilla, M., & Ávila-Rojas, T.L. (2007). Desgaste profesional en personal de enfermería. Aproximaciones para un debate. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 45*, 493-502.
- Ríos-Risquez, M. I., Sánchez-Meca, J., & Godoy-Fernández, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema, 22*(4), 600-605.
- Rodríguez-García, C., Oviedo, M. A., Santillán, V. L., Velázquez, H. V., & Fiesco, P. S. (2009). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de dos hospitales del estado de México. *Fundamentos en Humanidades, 19*(1), 179-193.
- Rosa, C., & Carlotto, M. S. (2006). Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista SBPH, 8*(2), 1-15.
- Ross, J., Jones, J., Callaghan, P., Eales, S., & Ashman N. (2009). A survey of stress, job satisfaction and burnout among hemodialysis staff. *Journal of Renal Care, 35*(3), 127-133.
- Ruggiero, J. S. (2005). Health, work variables, and job satisfaction among nurses. *Journal of Nursing Administration, 35*, 254-263.
- Rush, M. C., Schoel, W. A., & Barnard, S. M. (1995). Psychological resiliency in the public sector: hardiness and pressure for change. *Journal of Vocational Behavior, 46*, 17-39.
- Rutledge, T., Stucky, E., Dollarhide, A., Shively, M., Jain, S., Wolfson, T., Weinger, M. B., & Dresselhaus, T. (2009). A real-time assessment of work stress in physicians and nurses. *Health Psychology, 28*(2), 194-200.

- Sahraian, A., Fazelzadeh, A., Mehdizadeh, A. R., & Toobaee, S. H. (2008). Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *International Nursing Revision*, 55, 62-67.
- Salanova, M., Schaufeli, W. B., Llorens, S., Peiro, J. M., & Grau, R. (2000). Desde el 'burnout' al 'engagement': una nueva perspectiva? *Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16, 117-134.
- Salton, J. (2002). *O fator desencadeante*. Universidade de Passo Fundo, RS.
- Santos, F. E., Alves, J. A., & Rodrigues, A. B. (2009). Síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Einstein*, 7(1), 58-63.
- Sarmiento, T. P., Laschinger, H. K. S., & Iwasiw, C. (2004). Nurse educators' workplace empowerment, burnout, and job satisfaction: testing Kanter's theory. *Journal of Advanced Nursing*, 46, 134-143. doi: 10.1111/j.1365-2648.2003.02973.x.
- Schabracq, M. J., & Cooper, C. L. (2000). The changing nature of work and stress. *Journal of Managerial Psychology*, 15(3), 227 -241.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2003). UWES – Utrecht work engagement scale: test manual. Department of Psychology, Utrecht University, Utrecht. Available at <http://www.schaufeli.com>.
- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., & Salanova, M. (2007). Work Engagement: An emerging psychological concept and its implications for organizations. *Managing Social and Ethical Issues in Organizations*, 135-177.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Salanova, M. (2006). The measurement of work engagement with a short questionnaire: A cross-national study. *Educational and Psychological Measurement*, 66, 701-716.

- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Van Rhenen, W. (2009). How changes in job demands and resources predict burnout, work engagement, and sickness absenteeism. *Journal of Organizational Behavior*, 30, 893-917.
- Schaufeli, W. B., Martinez, I. M., Marques Pinto, A., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002a). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33, 464-481.
- Schaufeli, W. B., Salanova, M., Gonzalez-Roma, V., & Bakker, A. B. (2002b). The measurement of engagement and burnout: A two sample confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Schaufeli, W., & Buunk, B. (2003). Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In M. Schabracq, J. Winnubst & C. Cooper (Eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology*, (pp. 383-425). Chichester: Wiley.
- Schaufeli, W., & Janczur, B. (1994). Burnout among nurses: a Polish-Dutch comparison. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 25, 95-113.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the burnout measure. *Psychology and Health*, 16, 565-583.
- Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (1993). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. London: Taylor & Francis.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204-220. doi: 10.1108/13620430910966406.
- Sciacchitano, M., Goldstein, M. B., & DiPlacido, J. (2001). Stress, Burnout and Hardiness. *Radiologic Technology*, 72(4), 321-328.
- Seligman, M. E. P., Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seltzer, J., & Numerof, R. E. (1988). Supervisory leadership and subordinate burnout. *Academy of management Journal*, 31(2), 439-446.
- Selye, H. (1952). *The story of the adaptational syndrome*. Montreal: Acta Inc.
- Seppälä, P., Mauno, S., Feldt, T., Hakanen, J., Kinnunen, U., Tolvanen A., & Schaufeli, W. (2009). The Construct Validity of the Utrecht Work Engagement

- Scale: Multisample and Longitudinal Evidence. *Journal Happiness Studies*, 10(4), 459-481.
- Shaver, K., & Lacey, L. (2002). Job and Career Satisfaction Among Staff Nurses. *Journal of Nursing Administration*, 33 (3), 166-172.
- Sheard, M., & Golby, J. (2007). Hardiness and undergraduate academic study: The moderating role of commitment. *Personality and Individual Differences*, 43(3), 579-588.
- Sherwin, E. D., Elliott, T. R., Rybarczyk, B. D., Frank, R. G., Hanson, S., & Hoffman, J. (1992). Negotiating the reality of caregiving: hope, burnout and nursing. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11, 129 -139.
- Shimazu, A., & Schaufeli, W. B. (2009). Is workaholism good or bad for employee well-being? the distinctiveness of workaholism among japanese employees. *Industrial Health*, 47, 495-502.
- Shimizu, T., Mizoue, T., Kubota, S., Mishima, N., & Nagata S. (2003). Relationship Between Burnout and Communication Skill Training Among Japanese Hospital Nurses: A Pilot Study, *Journal of Occupational Health*, 45, 185-190.
- Shirom, A. (1989). Burnout in work organizations. In C. L. Cooper & I. Robertson (Eds.), *International review of industrial an organizational psychology* (pp. 25-48). Nueva York: Wiley & Sons.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Silva, M. C. M., & Gomes, A. R. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia*, 14(3), 239-248.
- Smith, H. L., Hood, J. N., Waldman, J. D., & Smith, V.L. (2005). Creating a favorable practice environment for nurses. *Journal of Nursing Administration*, 35, 525-532.
- Smith, P., Kendall, L., & Hullin, C. (1969). *The Measurement of Satisfaction in Work and Retirement*. Chicago, IL: Rand-McNally.
- Sochalski, J. (2004). Is More Better? The relationship between nurse staffing and the quality of nursing care in hospitals. *Medical Care*, 42(2/S), 1167-1173.

- Soderstrom, M., Dolbier, C., Leiferman, J., & Steinhardt, M. (2000). The Relationship of Hardiness, Coping Strategies, and Perceived Stress to Symptoms of Illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 23(3), 311-328.
- Sonnentag, S. (2003). Recovery, work engagement, and proactive behavior: A new look at the interface between non-work and work. *Journal of Applied Psychology*, 88, 518-528.
- Sória, D., Santoro, D., Souza, I., Menezes, M., & Moreira, M. (2006). A resiliência como objecto de investigação na enfermagem e em outras áreas: uma revisão. *Revista de Enfermagem*, 10(3), 547-551.
- Sousa-Poza, A., & Sousa-Poza, A. A. (2000). Well-being at work: A cross-national analysis of the levels and determinants of job satisfaction. *Journal of Socio-Economics*, 29(6), 517-538.
- Sparks, S. A., Corcoran, K. J., Nabors, L. A. & Hovanitz, C. A. (2005). Job satisfaction and subjective well-being in a sample of nurses. *Journal of Applied Social Psychology*, 35, 922–938.
- Stacciarini, J., & Tróccoli, B. (2001). O estresse na atividade ocupacional de enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(2), 17-25.
- Storm, K., & Rothman, I. (2003). A psychometric analysis of the Utrecht Work Engagement Scale in the South African police service. *South African Journal of Industrial Psychology*, 29, 62–70.
- Suzuki, E., Itomine, I., Kanoya, Y., Katsuki, T., Horri, S., & Sato, C. (2008). Factors affecting rapid turnover of novice nurses in university hospitals: a two year longitudinal study. *Japan Journal of Nursing Science*, 5, 9-21.
- Takase, M., Maude, P., & Manias, E. (2006). The impact of role discrepancy on nurses' intention to quit their job. *Journal of Clinical Nursing*, 15(9), 1071-1080.
- Tecedeiro, M. (2010). Estudo exploratório sobre burnout numa amostra portuguesa: O narcisismo como variável preditora da síndrome de burnout. *Análise Psicológica*, 28(2), 311-320.
- Thompson, B. (2000). Canonical correlation analysis. In G.G. Laurence, & P.R. Yarnold, (Eds), *Reading and Understanding More Multivariate Statistics* (pp. 285-316). Washington, DC: American Psychological Association.



- Thompson, B. (2004). *Exploratory and confirmatory factor analysis: understanding concepts and applications*. Washington: American Psychological Association.
- Thompson, B., Kirk, A., & Brown, D. (2005). Work based support, emotional exhaustion and spill over of work stress to the family environment: A study of policewomen. *Stress and Health, 21*, 199-207.
- Thompson, M. S. & Page, S. L. (1992). Psychological determinants of occupational burnout. *Stress Medicine, 8*, 151-159.
- Thornton, P. I. (1992). The relation of coping, appraisal and burnout in mental health workers. *Journal of Psychology, 126*, 261-271.
- Topf, M. (1989). Personality hardiness, occupational stress, and burnout in critical care nurses. *Research in Nursing & Health, 12*, 179-186.
- Torres, M. V., & García, E. C. (2006). Resiliencia: el arte de navegar en los torrentes. *Revista Panamericana de Pedagogia: Saberes y Quehaceres del Pedagogo, 8*, 287-303.
- Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et burnout – concepts, modèles, interventions*. Paris: Dunod.
- Tsigilis, N. Koustelios, A., & Togia, A. (2004). Multivariate relationship and discriminant validity between job satisfaction and burnout. *Journal of Managerial Psychology, 19*(7), 666-675.
- Turner, N., Barling, J., & Zacharatos, A. (2002). Positive psychology at work. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 715-728). Oxford: Oxford University Press.
- Turnipseed, D. L. (1994). An analysis of the influence of work environment variables and moderators on the burnout syndrome. *Journal of Applied Social Psychology, 24*, 782 – 800.
- Ullman, J. B. (2007). Structural Equation Modeling. In B. G. Tabachnick & L. S. Fidell (Eds.), *Using multivariate statistics* (5<sup>a</sup> ed.). Boston: Pearson Education.
- Utriainen, K., & Kynga, S. H. (2009). Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. *Journal of Nursing Management, 17*, 1002-1010.
- Vahey, D. C., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S. P., & Vargas, D. (2004). Nurse burnout and patient satisfaction. *Medical Care, 42*(2), 57-66.

- Van Bogaert, P., Meulemans, H., Clarke S., Vermeyen, K., & Van Heyning, P. (2009). Hospital nurse practice environment, burnout, job outcomes and quality of care: test of a structural equation model. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2175-2185.
- Van den Broeck, A., Vander Elst, T., Dikkers, J., De Lange, A., & De Witte, H. (2012). This is funny: On the beneficial role of self-enhancing and affiliate humor in job design. *Psicothema*, 24(1), 87-93.
- Vara, N. (2007). *Burnout e satisfação no trabalho em bombeiros que trabalham na área da emergência pré-hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde (não publicada). Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Porto.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra Lda.
- Verplanken B. (2004). Value congruence and job satisfaction among nurses: a human relations perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 599-605.
- Visintini, R., Campanini, E., Fossati A., Bagnato, M., Novella, L., & Maffei, C. (1996). Psychological stress in nurses relationships with HIV-infected patients: the risk of burnout syndrome. *AIDS Care*, 8, 183-194.
- Ward, M., & Cowman, S. (2007). Job satisfaction in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14, 454-461.
- Warr, P. (2001). Age and work behaviour: physical attributes, cognitive abilities, knowledge, personality traits and motives. In C. L. Cooper & I. T. Robertson (Eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. Chichester: Wiley.
- Warr, P. B. (1987). *Work, Unemployment and Mental Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Williams, M., McDaniel, M. A., & Nguyen, N. (2006). A meta-analysis of the antecedents and consequences of pay satisfaction. *Journal of Applied Psychology*, 9, 392-413.
- Yang, Y., David, V., Lee, F.; Chan, G., Dong, F., & Chia, S.(2001). Salivary cortisol levels and work-related stress among emergency department nurses. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 43(12), 1011-1018.

- Yin, I., & K. Yang. (2002). Nursing Turnover in Taiwan: A Meta-analysis of Related Factors. *International Journal of Nursing Studies*, 39, 573-81.
- Zamora, G., Castejón, E., & Fernández, I. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (2), 323-336.
- Zellars, K. L., Perrewe, P. L., & Hochwarter, W. A. (2000). Burnout in the health care: the role of five factors of personality. *Journal Applied Social Psychology*, 30, 1570-1598.